FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 16 janvier 1908, à 1 heure*

Par **Henri STREIFF**

Ancien interne de la maison départementale de la Seine
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LES

# TRAITEMENTS DES ÉCOULEMENTS URÉTRAUX

## CHEZ LES AUTEURS ANCIENS ET MODERNES

ÉTUDE HISTORIQUE

*Une blennorrhagie commence, Dieu sait quand elle finira*
RICORD.

*Président :* M. ALBARRAN, *professeur.*
*Juges :* MM. BERGER, *professeur.*
MARION et MORESTIN, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M LANDOUZY. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS. |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie générale | GAUTIER. |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | DEJERINE. BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE. |
| Histologie | PRENANT. |
| Opérations et appareils | QUENU. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | G. BALLET |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY. |
| Maladies des enfants | HUTINEL. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND. |
| Clinique opthalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN. |
| Clinique d'accouchements | PINARD. BAR. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN. |

## Agrégés en exercice.

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | CUNEO | LAUNOIS | NOBECOURT |
| BALTHAZARD | DEMELIN | LECENE | OMBREDANNE |
| BRANCA | DESGREZ | LEGRY | POTOCKI |
| BEZANÇON (Fern.) | DUVAL (Pierre) | LENORMANT | PROUST |
| BRINDEAU | GOSSET | LŒPER | RENON |
| BROCA (André) | GOUGET | MACAIGNE | RICHAUD |
| BRUMPT | JEANNIN | MAILLARD | RIEFFEL (che des trav. anat. |
| CARNOT | JEANSELME | MARION | SICARD |
| CASTAIGNE | JOUSSET (André) | MORESTIN | ZIMMERN |
| CLAUDE | LABBE (Marcel) | MULON | |
| COUVELAIRE | LANGLOIS | NICLOUX | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MEIS ET AMICIS

## AVANT-PROPOS

Nous croirions manquer au plus élémentaire devoir de reconnaissance, si au moment de terminer nos études, nous n'adressions pas un souvenir ému et un remerciement sincère à tous ceux qui furent nos Maîtres dans les Hôpitaux et qui ont contribué à notre instruction médicale.

Nous nous revoyons d'abord jeune bénévole dans le service de chirurgie infantile de M. le Dr Broca, professeur agrégé, dont les bons conseils de clinique nous guideront toujours.

C'est ensuite sous la direction de M. le Dr Troisier, agrégé, et du professeur Landouzy que nous avons été initié à la pathologie interne. Que ces maîtres reçoivent ici l'expression de toute notre gratitude.

Externe de M. le Dr Brocq, nous avons pu profiter de sa grande compétence dermatologique et syphiligraphique. Nous n'oublierons jamais ses leçons sur la pathologie et la thérapeutique des affections de la peau.

Nous eûmes ensuite l'honneur de suivre l'enseigne-

ment magistral de M. le Professeur Guyon. C'est de notre passage dans son service que nous avons rapporté l'idée de ce travail.

A Tenon, M. le Dr Lamy pour les maladies du système nerveux, et à Trousseau M. le Dr Netter pour les maladies des enfants nous firent profiter de leurs leçons si claires et si précises.

Interne à la maison départementale de la Seine, nous nous souviendrons toujours des enseignements opératoires de M. le Dr Raymond, sénateur, chirurgien de cet établissement.

Que M. le professeur Albarran, qui a accepté la présidence de cette thèse, veuille bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

## INTRODUCTION

Dans ce travail, nous nous sommes proposé de présenter un aperçu de ce qu'a été aux différents âges de la médecine le traitement des écoulements de l'urèthre.

Nous ne prétendons pas avoir toujours fait œuvre personnelle, nous avons réuni les renseignements épars dans toute la littérature médicale pour tâcher d'en former un tout. Toutes les fois que cela nous a été possible, nous avons remonté aux sources mêmes pour contrôler les renseignements, et cela nous a permis de mettre en lumière quelques particularités encore peu connues, et de signaler quelques erreurs.

Cette étude est divisée en deux : dans une première partie, nous esquissons à grands traits l'histoire générale des écoulements urétraux et de leur traitement ; dans une seconde partie, nous étudions séparément et toujours au point de vue historique et anecdotique les différents traitements encore employés de nos jours. Nous terminons par un tableau synoptique qui résume d'après les données les plus modernes la thérapeutique qui doit s'appliquer à chaque cause des écoulements de l'urètre, en nous attachant à bien rechercher l'indication spéciale de chaque procédé mis en œuvre.

# PREMIÈRE PARTIE

## APERÇU GÉNÉRAL SUR LES ÉCOULEMENTS DE L'URÈTRE ET LEUR TRAITEMENT DEPUIS LES ANCIENS JUSQU'A NOS JOURS

### Chapitre Premier

#### ANCIENNETÉ DE L'AFFECTION : LES ÉGYPTIENS LA BIBLE, LES GRECS, LES LATINS

Les écoulements urétraux paraissent avoir affligé de tout temps l'humanité : lorsqu'on étudie l'histoire de la syphilis, il arrive un moment où, en remontant en arrière, on se trouve arrêté par l'absence de descriptions précises se rapportant à cette affection ; il n'en est pas de même pour les écoulements de l'urêtre ; la blennorrhagie est vieille comme le monde, a dit Jullien, et dans les plus anciens écrits touchant à la médecine, on retrouve sa description, et les traitements les plus

variés destinés à mettre un terme à ce flux souvent si difficile à tarir.

Engelbreth, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* de 1903 nous montre que les Égyptiens connaissaient les écoulements urétraux et leur opposaient des injections d'extraits de plantes; le plus ancien écrit médical existant, le papyrus Ebers, en fait foi.

Ce papyrus, acheté à un copte de Longsor par le professeur Ebers, qui l'a publié en 1875, a été traduit et commenté l'année suivante par T. Chabas dans son journal *l'Égyptologie* (Chalon-sur-Saône, 1876). Il paraît remonter au règne de Sésostris (1600 ans av. J.-C.) et aurait par conséquent 3.500 ans.

La blennorrhagie a donc existé de toute antiquité, mais pour les anciens auteurs, elle était tantôt attribuée à un ulcère du canal, tantôt confondue avec la spermatorrhée, et prise pour un écoulement de semence corrompue.

Dans la Bible, Moïse dit au livre XV du Lévitique :

« Celui qui éprouve un écoulement de semence est « impur. Et cette impureté sera reconnue lorsque, à « *chaque moment*, il s'amassera une humeur impure qui « s'attachera à sa personne. »

A chaque moment, il s'agit donc bien d'un écoulement continu, et non d'une perte intermittente de sperme.

Suivent quelques considérations prophylactiques :

« Tous les lits où il dormira, et tous les endroits où il « se sera assis seront impurs.

« Si quelque homme touche son lit, il lavera ses

« vêtements, et, s'étant lui-même lavé dans l'eau, il de-
« meurera impur jusqu'au soir.

« Celui qui aura touché la chair de cet homme lavera
« ses vêtements et sera impur jusqu'au soir.

« La selle sur laquelle il se sera assis sera impure, et
« tout ce qui aura été sous celui qui souffre de cet ac-
« cident sera impur jusqu'au soir. »

. . . . . .

« Si celui qui souffre de ce mal en guérit, il comptera
« sept jours après avoir été délivré, et, ayant lavé ses
« vêtements et tout son corps dans les eaux vives, il
« sera pur. Vous apprendrez donc aux enfants d'Israël
« à se garder de l'impureté, afin qu'ils ne meurent point
« dans leurs souillures. »

Hérodote rapporte que les Scythes furent atteints ainsi que leurs descendants d'une « *maladie des femmes* », juste punition due à la colère de Vénus Uranie, dont ils avaient pillé le temple dans la ville d'Ascalon.

Hippocrate (460 av. J.-C.) parle peu des écoulements génitaux dans ses écrits, et seulement d'une façon peu claire.

Chez les latins, Celse, qui vivait sous Auguste, décrit un écoulement de l'urètre qu'il considère comme le résultat d'une ulcération du canal (*De medicina.* Livre V).

Pour Galien (131 après J.-C.) c'est aussi un ulcère de l'urètre qui est la cause de l'écoulement. Avec lui, la spermatorrhée est nettement séparée de l'écoulement urétral résultant d'une contagion, et, à côté de la gonorrhée ou ardeur d'urine, nous voyons que la suppression

d'urine peut être causée par des *carnosités* qui obstruent le canal.

Spermatorrhée et gonorrhée, d'une part, carnosités de l'autre, telles sont les conceptions pathologiques que vont accepter par la suite tous les auteurs galénistes, depuis les Arabes jusqu'au XVIII[e] siècle.

Galien formule des injections émollientes et astringentes contre la gonorrhée ou ardeur d'urine; il divise les topiques destinés à être introduits dans l'urètre en deux catégories : les collyres, ou liquides injectés, et les poudres incorporées à divers excipients. L'alun, l'antimoine, le sublimé, la sabine en étaient la base. Les médicaments solides étaient introduits au moyen de sondes : « Les ulcérations qui existent autour de « l'utérus et de la vessie, dit-il, réclament les mêmes « remèdes, et en outre, pour les introduire, des instru « ments appropriés que les Grecs appellent métrenchy- « tes ou cathéters..... »

« Ceux qui conviennent le mieux sont les médicaments « desséchants (*aptiora sunt arida*) tels que le safran ou « le pompholyx, ou bien d'autres qui puissent se mêler « au suc de plantain ou d'autres plantes. »

Les « carnosités » une fois détruites par ces procédés, on termine la cure par des injections émollientes et astringentes (*De compositis pharmaceutis secundum locos,* Liv. IX, Cap. III).

Suivant Arétée, il importe de tenir les parties affectées fraîches pour prévenir l'affluence des humeurs ; l'inflammation un peu diminuée, on passe à un procédé échauffant et dessiccatif : on met de la laine fraîche sur

la partie, on fait des frictions sèches, ou avec le « ceratum rosaceum et oinanthium » uni au vin blanc, ou encore avec une macération de marjolaine et de romarin dans l'huile d'olives. On applique des cataplasmes de farine d'orge, de salpêtre et d'anet fétide, ou mieux encore de la rue mélangée à du miel ou selon Celse, à du vinaigre. Enfin, le père de la vésication conseillait une révulsion énergique à l'aide de cataplasmes irritants, ou d'emplâtres aux baies de larrier, qui produisent des pustules et font dévier les humeurs. Nous retrouverons plusieurs fois dans la suite ces traitements dérivatifs, surtout en vue de tarir les gouttes rebelles.

Dans l'empire d'Orient, Paul d'Égine (420 apr. J.-C.) préfère les topiques portés directement sur la lésion : il fait des injections de miel et de lait, des applications de nénuphar en poudre introduit au moyen d'une plume, ou bien des pansements constitués par des languettes de charpie enduites de noix de galles, de fleurs de zinc d'amidon et d'aloès, mêlés à du sucre de rose ou de plantain.

Ainsi, chez tous ces auteurs on ne trouve indiqué qu'un traitement purement local.

## Chapitre II

### LES ARABES, LES AUTEURS DU MOYEN AGE ET ARABO-GALÉNISTES. ÉCOLE DE SALERNE, LA RENAISSANCE

Les autres Arabes, qui donnaient dans leurs écrits une grande place à la chirurgie parlent tous des affections du canal.

Mesué (x^e^ siècle) décrit la forme cordée de la chaudepisse, les érections de la période aiguë, et s'étend sur le prurit et la douleur que cause l'affection.

Haly Abbas explique la démangeaison qui survient au méat par le pus qui s'y attache, ou par l'ulcération causée par l'ardeur d'urine et la difficulté de la miction.

Rhazès parle des carnosités qui succèdent aux écoulements : « Quand, par la suite, le pus diminue, dit-il, s'il « arrive que l'urine sort plus difficilement de jour en « jour, tu sauras que cela tient à une excroissance de « chair (*caro superflua*) qui se développe. »

Il conseille de traiter cette affection au moyen d'une sonde, et « je dis, ajoute-t-il, que le meilleur instru-

« ment pour faire uriner que l'on fabrique aujourd'hui « est celui qui possède une extrémité fine et pleine, « et des trous petits et nombreux sur les côtés, pour « que le sang et le pus ne puissent pénétrer à l'intérieur « à cause de leur exiguité. —Celui qui convient le mieux « de tous est celui que j'ai fabriqué : il est en plomb, « et peut être tordu et courbé, ce qui permet d'éviter « la douleur. »

Avicenne et Avenzoar (780) connaissent les écoulements liés à une stricture urétrale : le premier emploie pour leur cure une sonde rigide et légère faite de peaux d'animaux, le second des injections d'eau de mer.

Albucassem emploie aussi l'eau marine ou même l'eau salée en injection, en y ajoutant un peu de vinaigre.

Au xi[e] siècle, Constantin l'Africain préconise contre la strangurie des injections de lait de femme et d'huile de violettes ; s'il y a prurit, on y ajoute du safran et du camphre, et s'il se forme un abcès, on le traite par des pommades.

Au moyen âge, Michel Scott attribue nettement les écoulements de l'urêtre à un contact impur : « Si une « femme souffre d'un écoulement, dit-il, et qu'un homme « la connaisse charnellement, il gagne facilement un « mal de la verge, et cela arrive souvent aux jeunes « gens, qui, ignorants de ces choses, sont parfois atteints « de ce mal, parfois de la lèpre. »

On trouve dans les préceptes diététiques de l'École de Salerne, attribués à Jean le Milanais, l'aphorisme suivant, qui donne un bon conseil prophylactique :

*Post coïtum si mingas*
*Apte servabis uretras.*

Nous voyons d'ailleurs un disciple de cette école s'occuper de cette question : Trotula, épouse de Jean Platearius, célèbre femme médecin Salernitaine, ne dédaignait pas de s'intéresser aux infirmités d'un sexe autre que le sien: Elle a laissé dans un opuscule traitant des maladies des femmes un chapitre intitulé : *De inflatione virgæ virilis et testiculorum !*

Au XII[e] siècle, Roger de Parme conseille les préparations diurétiques et émollientes, et les injecte au moyen d'une algarie.

Pendant les XIII[e] et XIV[e] siècles, les auteurs, qui se bornaient à étudier Galien et les Arabes ne font que répéter les conceptions et les formules de leurs prédécesseurs; cela durera jusqu'à la grande épidémie de syphylis du XV[e] siècle.

Il faut pourtant mentionner Laufranc, élève de Guillaume de Salicet, qui formule un topique destiné à toucher les ulcérations de la verge. Ce collyre de Lanfranc, dont Paré se servait trois siècles plus tard, et qui est encore inscrit au Codex, est ainsi composé :

| | |
|---|---|
| Aloès . . . . . | ââ 5 gr. |
| Myrrhe . . . . . | |
| Verdet . . . . . | 10 gr. |
| Sulfure jaune d'arsenic. . . . . | 15 gr. |
| Eau distillée de roses . . . . . | 380 gr. |
| Vin blanc. . . . . | 1.000 gr. |

Gordon de Montpellier (1300) dit que les maladies de la verge sont multiples et de causes extérieures ou

intérieures ; les extérieures sont : la cohabitation avec une femme dont la matrice est impure, pleine de pus, de virulence ou de gaz, et de corruptions semblables.

François de Pédemonte en 1330 emploie contre les douleurs de la verge des injections de camphre et de safran mêlés à l'eau de rose.

En Angleterre, l'Écossais Jean Ardern nomme la blennorrhagie *arsure* ou *incendium virgæ* : il la traite par des injections de lait de femme nourrissant un enfant mâle.

Le traitement de Guy de Chauliac (1363) est tout différent : « Laver d'abord avec de l'oxycrat, puis « avec « albo camphorato », et, si l'ulcération est à la « partie interne de la verge, il faut, suivant le conseil « d'Avicenne, faire pénétrer ces substances avec un « injecteur. »

Enfin, Jean de Gaddesden s'attache surtout aux moyens prophylactiques : « Si quelqu'un veut préserver sa « verge de toute souillure, écrit-il, quand il vient d'avoir « des rapports avec une femme présentant quelque « chose de suspect, qu'il se lave avec de l'eau froide « mêlée de vinaigre, ou avec sa propre urine. »

Ce même auteur conseille aux blennorrhagiens de soutenir les testicules avec une bande « ne suspensio noceat faciendo currere materiam ad locum ». Sous ce latin que Cicéron aurait renié, il est facile de reconnaître notre moderne suspensoir.

## Chapitre III

L'ÉPIDÉMIE DE SYPHILIS DU XV$^{e}$ SIÈCLE. CONFUSION ENTRE LES DEUX MALADIES. ELLE DURERA JUSQU'AU SIÈCLE DERNIER.

Jusqu'ici, les auteurs qui écrivaient sur la blennorrhagie considéraient cette maladie comme purement locale, et ne lui opposaient que des traitements locaux, des injections émollientes ou astringentes, ou des applications locales révulsives ou calmantes.

Les descriptions qu'ont laissée en particulier les Arabes et les Arabistes montrent clairement que les complications habituelles des urétrites leur étaient connues.

Avec l'apparition de la grande épidémie de syphilis du XV$^{e}$ siècle, la confusion va naître entre les deux maladies qui reconnaissent les rapports vénériens comme cause habituelle, et une erreur qui, avec diverses variantes, durera pendant trois siècles va prendre place dans les conceptions des auteurs qui se succéderont.

On s'accorde généralement à regarder Musa Brassavole comme le premier auteur qui ait compté la blen-

norrhagie parmi les cinq principaux signes de la vérole. Il écrivait même en 1550 qu'il n'y avait que vingt ans que ce symptôme s'était manifesté.

D'ailleurs il reconnaissait qu'il existait une gonorrhée simple non virulente et que cette gonorrhée « engendre la gonorrhée et non les chancres, les bubons et les pustules sur la verge ou le prépuce. »

Les auteurs immédiatement antérieurs à Brassavole, et cependant contemporains de la grande épidémie de syphilis ne confondent nullement cette dernière avec la gonorrhée.

Ainsi Grimpeck en 1496, Jean de Vigo en 1513, Tracastor en 1530, Matteoli et Massa en 1536 parlent séparément des deux affections.

Alexandre Benedictus décrit la syphilis comme une maladie nouvelle et la gonorrhée comme une maladie ancienne dont il fait remonter l'origine jusqu'aux Grecs.

En 1530, l'étrange alchimiste, médecin et philosophe qu'était Théophraste Bombast de Hohenheim, connu sous le nom du Grand Paracelse, cite la gonorrhée parmi les complications *possibles* de la vérole, à côté de l'hydropisie, de l'ictère, du catarrhe, de la paralysie. C'est une transition, un acheminement vers la théorie de l'identité.

Comment expliquer l'erreur qui se répandit si vite chez tous les auteurs, et qui, logiquement, fut la cause que nombre de médecins crurent devoir ajouter le flux de bouche au flux urétral, sans obtenir pour cela la guérison ? Rollet nous dit que cette confusion n'a pas été faite par les contemporains immédiats de la grande épi-

démie, « mais par une génération de médecins qui ne « connaissant pas la diversité d'origine des deux mala- « dies et les voyant toutes deux contagieuses ont cru « devoir des deux n'en faire qu'une. »

Ne doit-on pas plutôt penser que cette confusion doit être attribuée à la coexistence presque fatale à l'époque des deux affections sur le même sujet.

Les faits de cette nature sont encore fréquents aujourd'hui. Souvent un même contact est la cause d'une blennorrhagie d'abord, d'une syphilis ensuite : Etant donnés le manque absolu de soins hygiéniques d'une part, le caractère épidémique qu'avait pris la syphilis de l'autre, il devait être bien difficile au débauché qui désertait le lit conjugal de gagner l'une seulement de ces deux affections : la blennorrhagie venait d'abord, puis le temps d'incubation écoulé, la vérole.

C'est ce qui faisait dire à Tomitanus en 1563 que la gonorrhée était toujours le signe précurseur de la syphilis.

Comment ces *identistes* traitaient-ils les écoulements de l'urètre ? Donnaient-ils toujours le mercure ?

Heureusement non ; la plupart admettaient une gonorrhée simple, et la soignaient comme les anciens au moyen d'émollients et d'astringents. Tomitanus pourtant faisait saliver ses malades atteints de gonorrhée virulente, et leur donnait des injections mercurielles.

*Ambroise Paré* publia en 1564 son livre *Des chaudes-pisses et carnositez engendrées au méat urinal.*

Dans ce traité que nous analyserons un peu en détail, car il montre bien ce que l'on pensait de son temps sur

les écoulements de l'urètre, le père de la chirurgie française, comme l'appelait Malgaigne, met à profit sans le citer le livre que son contemporain Thierry de Héry avait fait paraître en 1552 sur « la maladie vénérienne ».

C'est à Thierry que Paré emprunte la conception galénique qui différencie la gonorrhée ou « flux de semence involontaire découlant de toutes les parties du corps aux parties génitales » de la chaude-pisse, ou ardeur d'urine, « qui est une sanie qui sort par la verge, approchant de la qualité d'un pus non bien lié, et de mauvaise odeur. »

Pour la gonorrhée, Paré conseille la purgation, la saignée, l'abstention de toutes choses « qui engendrent grande quantité de sang, augmentent la semence et provoquent à coït », de s'abstenir de vin, se baigner en eau froide, d'appliquer sur les lombes son « onguentum refrigerans et nutritum », puis par-dessus « un grand linge trempé en oxycrat » ; mais il ne s'étend pas, sa seule intention étant, dit-il, « de donner les remèdes de chaude-pisse ».

Pour Paré, la chaude-pisse vient « d'inanition, de réplétion ou de contagion ».

« Pour les choses universelles, dit-il, faut que le patient tienne bonne manière de vivre », et suive un régime d'où sont bannis tous aliments flatueux, diurétiques, les exercices violents, les rapports sexuels, « à moins que la chaude-pisse ne vienne de défaut de coït » ; il couche son malade sur un lit dur, le nourrit de viandes « plutôt bouillies que rosties, cuites avec ozeille, laitues, pourpié, et quelque quantité d'orge mondée et

« des quatre semences froides concassées. » Pas de vin, mais des tisanes d'orge, de bouchet (potus divinus), du sirop de guimauve ou de capillaire, parfois une drachme de rhubarbe.

Il formule des pilules avec rhubarbe, thérébenthine et camphre, car la thérébenthine est « un remède souverain et singulier, ayant grande vertu d'adoucir et modifier », et d'aider « la vertu expultrice à pousser hors la matière purulente contenue aux prostates. »

De même il conseille la tisane de paille de fève et de sarment, toujours pour « modifier les reins et vaisseaux spermatiques et uretères. »

« La chaude-pisse provenant d'inanition se guérira par injections grasses, huileuses et remollientes. »

*Dans la chaude-pisse venant de contagion*, il faut d'abord adoucir la douleur : Paré le fait en injectant dans la verge, avec une « syringe », une décoction émolliente de semences de pavot, de laitue, de lin, et de jusquiame, ou bien du lait de vache ou du petit lait tiède.

En même temps, onctions sur la région des reins, des lombes et du périnéum, même du scrotum et de la verge avec le ceratum Galeni refrigerans, et applications de linges imbibés d'eau de plantain ou de roses.

Pour calmer la douleur à la miction, « il sera bon que « le malade pisse en un vaisseau plein de lait ou d'eau « tiède. »

La douleur calmée, « on mondifie les ulcères du canal avec une injection contenant son ægyptiacum, médi-

cament polypharmaque à base de sublimé, ou du vert-de-gris et de l'aloès.

Puis on dessèche l'humeur avec une troisième injection à base de noix de cyprès et de sumac.

Pour les écoulements chroniques, Paré emploie des bougies astringentes diverses, et pour la cure des « carnositez » des poudres de sabine, d'ocre, de tuthie qu'il pousse dans l'urètre au moyen d'un instrument dont il est l'inventeur.

Mais au chapitre XIX du livre XIV sur le « prognostic des chaudes-pisses », il nous fait savoir que lui aussi pense que « les vieilles chaudes-pisses est une vérolle particulière, partant pour sa cure faut le furet (1). » C'est bien là la note générale que l'on retrouvera chez la plupart des auteurs qui suivront : on ne donnera le mercure qu'en désespoir de cause, lorsque les autres moyens auront échoué.

Thierry de Héry conseille, s'il y a grande douleur des injections avec « petite portion de camphre et de mucilagine » et les pratique « avec syringe ayant la « canule longue et en forme d'une algarie, laquelle, « s'il est possible, sera conduite iusque près des pros- « tates. »

Le même auteur formule contre la gonorrhée virulente une injection mercurielle, « destinée à faire cesser tous accidents présents ou à venir, et qui, outre son action préventive contre la « vairolle » peut être

1. Le mercure, parce qu'il chasse la vérole du corps comme le furet chasse le conin du terrier. (Paré, *in édition* Malgaigne).

considérée, comme nous le montrerons plus loin, comme l'ancêtre des traitements abortifs.

A la même époque, les charlatans qui exerçaient sur le Pont Neuf montés sur des chars dorés et au son des cymbales, s'étaient déjà emparés des maladies vénériennes et vendaient aux badauds toutes sortes de drogues, pilules, onguents, qui guérissaient déjà tout en trois jours (en *tres dias*). Les thérapeutes qui exerçaient cette fructueuse spécialité bien avant les édicules dont nous a dotés Haussmann, avaient fort affaire avec les officiels du temps, qui parlaient d'eux sans aménité et en ne ménageant pas leurs épithètes : C'est ainsi que Jean de Rénon, conseiller et médecin du roi Henri IV, tonnait en 1608 contre « tous ces charlatans « et empiriques, trompeurs, macquereaux, macquerel- « les, coupeurs de bourse, échappez de gibet et autres « semblables garnements qui se disent et qualifient « médecins, et prétendent guérir toutes sortes de chau- « des-pisses et d'ulcères véroliques. » Il est vrai que le même Jean de Rénon préconisait dans le même but un opiat antivénérien dans lequel il entrait du séné, des hermodattes, du turbith, du gaïac, de la salsepareille et de la squine.

A part quelques auteurs qui donnaient d'emblée le traitement spécifique, au mercure ou au gaïac, nous voyons employer partout les diurétiques, quelques balsamiques et des injections calmantes et astringentes ou mercurielles. Avec quelques différences de formules, cela durera jusqu'à l'ère antiseptique.

Les diurétiques surtout étaient fort employés.

Rabelais nous conte que Pantagruel fut guéri par cette simple médication :

« Peu de temps après, dit-il, le bon Pantagruel tomba « malade..... et, parce qu'un malheur n'arrive jamais « seul, luy print une pisse chaulde qui le tourmenta « plus que ne penseriez. Mais ses médecins le secouru- « rent très bien, et avec force de drogues dénitives et « diurétiques, le firent pisser son malheur. »

Il faut aller jusqu'à Astruc, en 1750, pour trouver quelques modifications aux idées et aux traitements précédents. Cet auteur pensait que la gonorrhée ne cause pas la vérole « *si la semence ou la liqueur séminale coule abondamment et librement,* parce que de cette façon le virus est évacué, surtout si l'on emploie en même temps les remèdes propres à cet effet. »

C'est là l'origine du « laisser-couler » qui constitue la première phase du traitement classique, et cette hypothèse est un semblant de confirmation dans la pratique par la difficulté de guérir par les balsamiques les blennorrhagies qui n'avaient pas bien coulé, et atteint leur période de déclin. A cette période, Astruc prescrivait le copahu, nouvellement introduit en France, mais pendant la période aiguë il donnait des mercuriaux.

Cependant, on commençait à discuter l'identité des deux maladies : Cockburn en 1715, et Boerhave en 1753 pensaient que la gonorrhée n'était pas suivie de syphilis, et avaient un traitement bien distinct pour ces deux affections.

En 1767, Balfour les séparait complètement, mais cette même année, au mois de mai, Hunter faisait sur

lui-même une expérience d'inoculation malheureuse, et ses conclusions identistes prolongeaient encore la discussion.

Il s'inocula du pus de gonorrhée dans l'urètre, et, étant tombé sur un malade porteur de quelque chancre méconnu du méat, vit la syphilis se développer et évoluer. Mais en 1787 Howard attaque les conclusions de Hunter et les réfute.

En 1782 Swediaur avait produit sur lui-même une urétrite simple, par l'injection d'une solution d'ammoniaque; aussi pense-t-il qu'il y a deux blennorrhagies (c'est lui qui créa le nom), l'une traumatique, l'autre syphilitique.

Fabre avait d'abord donné les préparations mercurielles, mais en 1775 il les déconseillait comme inutiles.

Benjamin Bell en 1793, et son traducteur Bosquillon admettaient comme Swediaur deux blennorrhagies ; mais dans les écoulements chroniques, Bell se contentait d'employer des bougies et de mettre des vésicatoires sur les cuisses, les aines, le périnée et la verge.

Hernandez en 1812 affirme que la blennorrhagie guérit par des moyens purement locaux, sans besoin de mercure. L'école de Broussais oppose une troisième formule à celle des identistes et des non-identistes : pour ses disciples, Caron (1811), Jourdan (1826), il ne s'agit pas plus ici qu'ailleurs de virulence, mais d'inflammation, de phlogose. Sous l'influence de ces idées, le traitement local par les injections perd la place qu'il occupait : Cullerier et Ratier n'en parlent même pas.

Il fallut les travaux de Ricord en 1831 pour séparer les deux affections d'une manière définitive.

## Chapitre IV

Période contemporaine. Le traitement classique. L'ère antiseptique. Découverte du gonocoque. L'endoscopie.

Nous dirons peu de choses dans ce chapitre sur les progrès qu'a faits la science médicale depuis l'abandon des doctrines identistes, et sur les traitements proposés ou adoptés depuis cinquante ans contre la blennorrhagie. Nous nous réservons de développer ces faits dans la seconde partie de notre travail, et nous ne citerons que quelques noms et quelques dates, pour que notre historique soit complet.

Le traitement classique, établi par Astruc, prit tout d'abord un grand développement. Ses deux phases furent consacrées par tous les auteurs ; en même temps une grande extension fut donnée par Debeney au traitement abortif au nitrate, et par Ricord et Cullerier à l'abortion par les balsamiques à haute dose.

Voillemier dans son *Traité des maladies des voies urinaires* de 1868, dit : « Pour moi qui considère l'urétrite

« comme une inflammation simple de l'urètre, son trai-
« tement doit se rapprocher beaucoup de celui de tou-
« tes les phlegmasies ; il consiste : 1° à faire avorter
« l'inflammation quand on peut l'attaquer à son début ;
« 2° à la combattre quand elle s'est développée; 3° à
« tarir l'écoulement soit en modifiant la surface sécré-
« tante par des topiques, soit en opérant une révulsion
« énergique sur les intestins ou sur la peau, soit enfin
« en modifiant l'état général des malades. »

A la veille de l'avènement de l'ère antiseptique, la manière de voir du chirurgien de l'Hôtel-Dieu est bien le reflet de l'opinion générale.

Les découvertes de Pasteur faisaient déjà soupçonner la nature microbienne de la blennorrhagie, lorsque Neisser découvrit le gonocoque en 1879. Bumm le cultiva en 1884.

Les doctrines antiseptiques, tout en donnant une confirmation à bien des médicaments dont l'efficacité était déjà reconnue, introduisirent une quantité considérable de drogues nouvelles dans la thérapeutique des affections de l'urètre, et un nouvel essor fut donné au traitement local, par les injections d'abord, par les grands lavages ensuite.

La méthode de Janet devait détrôner le traitement classique, qui pourtant paraissait intangible.

Les lésions de l'urétrite chronique purent être bien étudiées au moyen de l'endoscope que Désormeaux avait inventé en 1853, et que perfectionnèrent surtout Leiter, Casper. Oberlaender et Valentine. En même temps les recherches anatomo-pathologiques de Wertheim, Finger.

Janet, Hallé et Wassermann, Guyon, Jamain, Otis, Oberlaender, Kollmann, et plus récemment de Motz fixèrent la science sur bien des points encore peu connus.

Enfin, les ressources nombreuses qu'offre la thérapeutique chirurgicale actuelle permettent de traiter avec efficacité les cas les plus divers, et le nombre des écoulements résistant à tous les traitements diminue de jour en jour.

# DEUXIÈME PARTIE

## LES DIFFÉRENTES MÉTHODES EN USAGE ET LEUR HISTOIRE

---

Les traitements employés contre les écoulements uréthraux peuvent ainsi se résumer :

1° **Traitement abortif.**

2° **Traitement interne** { DIURÉTIQUES. / ANTISEPTIQUES INTERNES. / BALSAMIQUES.

3° **Traitements externes ou topiques.**
- 1° MÉDICAMENTEUX { *Injections.* / *Instillations et cautérisation.* / *Grands lavages.* / *Bougies, suppositoires et pommades.*
- 2° CHIRURGICAUX { *Dilatation.* / *Massage.* / *Electrolyse.* / *Traitement endoscopique.*

## LE TRAITEMENT ABORTIF

Guérir radicalement et rapidement la blennorrhagie dès l'apparition de ses premiers symptômes, et par cela même éviter non seulement les ennuis de la maladie et de son traitement toujours long mais encore toutes les complications possibles, en un mot faire avorter l'affection, c'était un but qui devrait forcément tenter bien des médecins, et de fait les essais ne manquèrent pas dans ce sens.

La plupart des auteurs sont d'accord pour attribuer la première tentative de traitement abortif de la blennorrhagie au Calabrais Car. Musitanus qui, en 1716, dans son traité *De la maladie vénérienne* (tome I, liv. 3, p. 438), reprochait aux vulgaires de son temps — c'est ainsi qu'il nommait les médecins qui n'acceptaient pas ses idées — de laisser s'établir une sécrétion morbide qui déterminait une *syphilis* générale ; il se vantait de guérir la gonorrhée virulente en trois jours, avec des injections de :

Eau de plantain. . . . . un demi-setier
Mercure doux réduit en poudre impalpable. . . . . 2 drachmes.

Trois fois par jour injecter cette solution tiédie avec une seringue d'ivoire à long bec.

On pouvait remplacer le calomel par une drachme de sel de Saturne.

Qu'il nous soit permis de faire observer que le but

de Musitan était double : guérir la gonorrhée commençante, mais surtout empêcher la syphilis générale de s'établir.

On ne doit pas oublier que l'époque où écrivait Musitan, le milieu du XVIII[e] siècle, était aussi celle où l'identité de la gonorrhée virulente et de la vérole, admise par tout le monde, n'était même pas discutée (1).

Voici comment Astruc apprécie la manière de voir de Musitan : « Voici, sans contredit, dit-il, une façon « fort aisée et fort commode de guérir la gonorrhée si « la chose était bien vraie, mais malheureusement « pour les débauchés la raison et l'expérience en « démontrent également la fausseté. » Le syphiligraphe de Montpellier pensait qu'il y avait danger à supprimer trop tôt l'écoulement, le virus vérolique étant absorbé, et causant des accidents généraux.

Ceci noté, nous pensons que Thierry de Héry qui écrivait en 1569, c'est-à-dire un siècle et demi avant Musitan, avait eu une idée semblable.

Voici l'injection qu'il formule contre la gonorrhée virulente, c'est-à-dire celle qui, « outre l'inflammation « commune a un propre, et mesme virulence dont est

1. Si l'injection de Musitan est l'ancêtre des traitements abortifs de la blennorrhagie, elle peut aussi être considérée comme le précurseur des moyens prophylactiques conseillés de nos jours par l'institut Pasteur. N'est-il pas curieux de constater que dans les deux cas le calomel fait les frais de la préparation, aussi bien dans l'injection préventive et curative de Musitan que dans la pommade à 33 0/0 de Metchnikoff !

« engendrée la vairolle, lequel toutes fois peut être en « si petite quantité que nature forte le peut consommer « d'elle-même ».

Iniection contrariante à venin :

4. R. buglos. borag. scubio. card. bened. rosar. an.
M. I. rasurae medullæ ligni sancti gummosi theriacæ galeni.
Hydrargiri extincti in saliva hominis jejuni
A distiller.

Et Thierry ajoute : « A telles iniections i ai plus « trouvé d'efficace que à nul autre remède, et *ai main-* « *tes fois veu par expérience que faisaient souvent* « *cesser tous accidents présents et à venir.* » Ce mercure éteint dans la salive d'homme à jeun n'est-il pas à ranger à côté du calomel de Musitan (1) ?

C'est donc à Thierry que l'on doit, à notre sens, attribuer l'invention du traitement abortif.

Pour trouver un auteur préconisant une injection abortive contre la seule chaude pisse, il faut arriver à Simmous, qui, en 1780, employait déjà le nitrate d'argent.

Ratier, en 1827, cautérisait dans le même but la fosse naviculaire au crayon de nitrate.

En 1843 et 1846, Débeney se base sur cent vingt observations sans accidents pour préconiser la méthode abortive. Il employait des solutions très concentrées, jusqu'à 4 p. 30 en injections.

Sa méthode fut très violemment attaquée par ses contemporains ; comme il revendiquait la paternité du

1. Et de celui de l'institut Pasteur.

procédé au nitrate, on lui objecta que Carmichael, en 1825, s'était déjà servi de ce médicament contre la chaude pisse. Un de ses adversaires fit remarquer non sans ironie que cette méthode de cautérisation violente du canal n'était pas nouvelle, et que « déjà », suivant Astruc, un charlatan du siècle précédent nommé Dibon avait conseillé de traiter les écoulements virulents de l'urètre et du vagin par des injections de 4 grains de sublimé corrosif pour 125 grammes d'eau !

Quoi qu'il en soit, c'est à Débeney que l'injection forte de nitrate d'argent employée comme abortif dut sa réputation que vint plus tard raffermir la haute autorité de Ricord, puis de Diday qui s'en fit l'ardent défenseur.

Leriche, de Lyon, présenta en 1844 une série de six cents observations de blennorrhagies traitées au nitrate d'argent sans un seul accident; Foucart, en 1845, obtenait également de très heureux résultats.

Venot, de Bordeaux, tomba-t-il sur une série malheureuse, on ne sait, toujours est-il qu'il vit survenir des complications de toutes sortes : urétrorrhagies, orchites, abcès, adénites, arthrites, ophtalmies.

Civiale, qui professait à Necker, Vidal de Cassis, Cullerier trouvaient la méthode dangereuse et la repoussaient dans leurs ouvrages.

De même Amédée Latour et Bonnafont la rejettaient complètement tandis que Ségalas la modifiait en introduisant une sonde jusqu'à la vessie, ce qui permettait d'irriguer l'urètre en la retirant.

Diday, dans toutes ses œuvres, conseille de tenter l'abortion dans les deux premiers jours de la blennor-

rhagie avec une solution de 1 à 5 p. 100. Le troisième jour il essaye encore d'une méthode ultra-abortive avec une solution au cinquième. Si la première injection ne réussit pas, la seconde n'a, d'après le maître lyonnais, que bien peu de chances de succès. Il insistait sur le soin qu'il fallait mettre à toucher la fosse naviculaire et les points du gland voisins du méat qui ont été les premiers infectés.

A la seringue ordinaire dont se servait Débeney, Langlebert substitua sa seringue à jet rétrograde pour limiter la pénétration du caustique.

En 1851, Rollet adoptait la manière de voir de Diday, et conseillait l'abortion au début de l'affection. Une fois la blennorrhagie confirmée, il considérait l'injection de nitrate comme dangereuse et s'ajoutant à l'inflammation qu'elle ne pouvait dominer pour la rendre plus aiguë.

C'était aussi la conclusion de Hicguet de Liège, en 1862. Selon lui, les solutions caustiques ne convenaient pas à la période aiguë de l'urétrite.

Ricord employait la méthode de Débeney sans pourtant s'en montrer un partisan bien convaincu; il bornait le titre de sa solution à 1 p. 30.

Pourtant, il estimait fort l'abortion, ou plutôt le traitement immédiat, « dans le but d'éviter les accidents « qui peuvent suivre la blennorrhagie et qui sont en « raison directe de sa durée et du développement qu'on « lui laisse acquérir », mais il conseillait l'usage simultané des balsamiques et des injections astringentes pour

faire avorter la chaude pisse lorsque l'état du canal ne permettait plus l'injection caustique.

Il donnait jusqu'à 20 grammes de copalm ou 50 grammes de cubèbe, et faisait trois fois par jour une injection de sa formule bien connue (1).

Les balsamiques avaient déjà été conseillés dès le début de l'affection, par Pison, qui importa le copalm en France, affirmant qu'en Amérique on l'employait à toutes les périodes, par Swediaur (1782) et surtout Anciaux (1812). Cullerier les donnait dans les huit premiers jours, à haute dose, et, l'écoulement tari, les continuait, sous peine de le voir reparaître.

Jullien pense que cette pratique amenait une véritable abortion du processus morbide, et dit avoir constaté des succès.

Par contre, Fournier n'est nullement partisan de cette méthode.

En 1889 Neisser revient au nitrate d'argent, mais il l'emploie à doses très faibles, 1 p. 3000 à 1 p. 1000, en injections fréquemment répétées dès le début et pendant toute la durée de la maladie.

La même année, Huguet pratiquait avant l'injection de nitrate un écouvillonnage de l'urètre, pour la rendre plus efficace.

1. Sulfate de zinc. . . . . 1 gr.
Acétate de plomb. . . . . 2 gr.
Laudanum de Sydenham . . . . 4 gr.
Teinture de cachou . . . . . 4 gr.
Eau distillée. . . . . 200 gr.

Koster et Jadassohn, en 1892, essayèrent l'ichthyol de 1 à 5 p. 100

Martin Chotzen et Schœffer emploient l'alumnol, Legueu, en 1896, l'airol, et Neisser, en 1897, le protargol, en injections à canal fermé longtemps conservées.

Boureau, en 1893, avait inventé un urétromèche, permettant de porter dans l'urètre une pommade au sublimé à 1 p. 1000 qu'on laissait en place pendant six heures.

Mais c'est le procédé de Débeney qui conserva la faveur du plus grand nombre de médecins : Mauriac, Pousson, Thierry, Fournier le pratiquaient avec des succès divers dans les premiers jours de l'écoulement.

Une révolution dans le traitement de l'urétrite gonococcique fut causée par les travaux de Janet en 1892 et 1893.

Cet auteur rendit d'un usage courant la méthode des grands lavages de l'urètre sans sonde, avec une solution de permanganate, et l'appliqua au traitement immédiat de la blennorrhagie au début.

Ce procédé, qui, il faut le reconnaître, n'était pas une nouveauté lorsque Janet le rendit populaire, sera étudié en détail, au point de vue historique, dans un chapitre suivant. Le mode opératoire était parfaitement défini.

Premier lavage avec 1 litre de solution à 1 p. 2000 « après avoir constaté sur le malade une urétrite blennorrhagique à ses débuts et la présence de gonocoques ».

5 heures après 2e lavage avec 1/2 litre de sol. à 1 p. 1500

5 — 3e — — — à 1 p. 1000

12 — 4e — 1 litre — à 1 p. 2000

à répéter toutes les douze heures pendant quatre jours.

Janet diminua par la suite le titre de ses solutions. A l'heure actuelle presque tous les médecins pratiquent les lavages de Janet dans un but abortif au début de l'affection : Guyon, Albarran, Balzer, Guiart, Motz, Desnos les emploient avec quelques modifications de technique.

Certains préfèrent au permanganate d'autres antiseptiques; c'est ainsi que Doyen préconise les irrigations urétrales discontinues avec une solution de sublimé à 1 p. 20000, faites avec une poire en caoutchouc.

J. Escat de Marseille emploie le cyanure de mercure à 1 p. 2000 ou 3000.

Engelbreth emploie le nitrate d'argent, et fait le traitement abortif dans les conditions suivantes :

1° Le premier ou le second jour de la blennorrhagie; 2° méat peu enflammé ; 3° urine encore claire, peu floconneuse. Premier lavage de l'urètre antérieur avec 600 grammes de solution de nitrate d'argent de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 p. 100, puis petit lavage du méat et de la fosse naviculaire, avec une solution à 3 p. 100. Quatre heures après deuxième lavage avec une solution à 1,50 p. 100. L'auteur a guéri d'emblée vingt-six malades sur trente avec ce procédé que Balzer pense devoir être très pénible.

En Allemagne, où les grands lavages trouvent des détracteurs, Welander préconise l'injection forte au protargol de 2 à 4 p. 100 retenue pendant dix minutes une fois par jour ; Blashko et Fuchs ont recommandé l'albargine à 1 ou 2 p. 100. Trois injections consécutives.

Neisser et Finger préfèrent à ces traitements énergi-

ques, mais douloureux, des injections faibles et répétées de protargol de 0,25 à 1 p. 100.

Enfin nous citerons sans plus nous étendre le procédé oublié de Campana, qui essayait de faire avorter le processus inflammatoire en faisant circuler autour de la verge un courant d'eau glacée dans un serpentin.

## LE TRAITEMENT INTERNE

### Le traitement classique. — *Les diurétiques, les antiseptiques internes, les balsamiques.*

Le traitement classique, tel qu'on l'applique encore de nos jours, comprend deux phases :

1° Une période d'attente qui correspond à l'état aigu de l'écoulement, pendant laquelle on n'administre que des boissons délayantes et émollientes, des bains, en ne permettant aucun aliment ni aucun liquide susceptible de rendre les urines âcres et irritantes par le canal.

2° Une fois doublé le cap de l'irrépressibilité, une période de thérapeutique active où l'on se propose de tarir l'écoulement au moyen des balsamiques, auxquels certains ajoutent les injections.

Quelles sont les étapes qu'a suivies l'administration des médicaments internes avant d'arriver à cette formule et quelles sont les drogues auxquelles on a eu successivement recours ?

Pour diminuer les douleurs causées au début de l'af-

fection par les urines trop concentrées, les anciens auteurs aussi bien que les modernes prescrivaient aux malades un régime adoucissant « une bonne manière de vivre » (Paré) et des boissons délayantes et diurétiques en abondance.

Paré donnait à ses malades des tisanes d'orge, de bouchet, de paille, de fève ; les modernes ont peu varié la formule : chiendent, graine de lin, bicarbonate de soude (Puche et Fournier) rendront les urines abondantes et peu acides.

Aujourd'hui on ajoute à ces prescriptions quelques antiseptiques internes, tels que le salicylate de soude (Balzer), l'aspirine, l'urotropine et l'helmitol (Guiard), dans l'espoir de créer au gonocoque un milieu de culture peu favorable.

Les anciens n'attendaient pas que l'écoulement ait cessé d'être irrépressible pour donner les balsamiques. Paré et Thierry administraient la thérébenthine dès le commencement.

C'est dans le traité d'Astruc (1780) que l'on trouve formulée pour la première fois d'une façon très nette la règle de ne donner les balsamiques qu'à la période de déclin.

Le traitement que le grand syphiligraphe du XVIII[e] siècle qualifiait de rationnel, par opposition aux traitements empiriques, comprenait trois périodes :

1° Une période de début où l'on s'en tenait aux tisanes adoucissantes ;

2° Une période d'état où étaient indiqués les purgatifs, la casse entre autres, et l'administration de compo-

sés mercuriels tels que le calomel ; c'était le seul moment où l'auteur admettait les mercuriaux, très vraisemblablement pour faire une concession à ses théories identistes, car dans d'autres chapitres il s'élevait contre l'administration intempestive des composés hydrargiriques, qui pouvait retarder la guérison et devenir une cause d'échec ;

3° Enfin une troisième période caractérisée par la résolution de tous les phénomènes aigus, et pendant laquelle les balsamiques étaient indiqués. Astruc jugulait l'écoulement en donnant pendant trois ou quatre jours seulement de la térébenthine de Chio ou de Venise, ou bien les baumes de copahu, du Canada ou du Pérou à la dose de VI à XXX gouttes, mêlés à du sirop de capillaire ou à du sucre en poudre. Il joignait à ces prescriptions l'usage d'eaux ferrugineuses, et l'absorption de quelques astringents tels que le cachou et le sang-dragon.

A la même époque, d'autres auteurs employaient des méthodes différentes, mais Astruc les repoussait toutes comme dangereuses ou inefficaces : c'est ainsi que Thomas Bartholinus et Frédéric Hoffmann employaient à l'intérieur de la cantharide infusée dans du vin du Rhin. « Je m'étonne, disait Astruc, qu'un remède aussi mani-« festement dangereux puisse être conseillé. »

Moins nocifs, mais non moins inactifs étaient la résine de gaïac qu'employait Hermann, et les préparations saturnines que Hoffmann préconisait comme souveraines.

Le traitement d'Astruc, avec quelques modifications

apportées par la suite, telles que la suppression des purgatifs et des mercuriaux à la période aiguë, est devenu le traitement classique que préconisèrent Theden, Chopart, Cullerier, Melchior Robert, Rollet, Diday, Fournier, et qui est encore aujourd'hui employé par de nombreux médecins.

Parmi les balsamiques qui en font la base, on n'emploie plus aujourd'hui que le copahu, le cubèbe et le santal, quoique d'autres aient joui d'une réputation éphémère.

L'oléo résine de copahu avait été signalée dès le XVII^e^ siècle. Pendant le XVIII^e^, ce produit fut utilisé surtout en Angleterre et en Allemagne. Son emploi ne fut guère généralisé en France avant les travaux de Delpech et de Rossignol en 1819.

Certains auteurs ont voulu le donner dès le début de l'affection, et même à titre abortif, et cela pour éviter aux malades la longue période d'écoulement et d'inaction thérapeutique : l'exemple classique de ce malade de Diday qui attendit onze mois la coction du mucopus rend bien compte de la longueur parfois désespérante de la méthode classique.

C'est Pison qui a fait connaître cette autre façon de procéder, adoptée ensuite par Swediaur, et surtout préconisée par Anciaux en 1812 et Ribes en 1832.

Ricord (1838) donnait souvent le copahu à doses massives dès le début de l'affection, et réussissait parfois à tarir en trois ou quatre jours les écoulements pris en temps opportun.

L'action du copahu fut expliquée de différentes ma-

nières : certains attribuant son action à ses propriétés purgatives lui adjoignaient de la magnésie, d'autres au contraire des substances astringentes et du fer pour enrayer cette action sur l'intestin qu'ils jugeaient inutile ou nuisible.

Roquette montra que le copahu agissait par l'intermédiaire des urines : il guérit un blennorrhagien en lui faisant faire des injections avec l'urine d'un de ses amis qui absorbait du copahu.

La forme primitive d'administration de cette drogue nauséeuse fut modifiée d'abord par Chopart qui formula en 1791 sa célèbre potion : on convient aujourd'hui qu'il fallait autant de courage au médecin pour la prescrire qu'au malade pour l'avaler.

L'invention des capsules de gélatine permit de parer à cet inconvénient.

Pour éviter l'action sur l'estomac, Velpeau le donnait par la voie rectale, et Langlebert en fit une eau distillée qu'il prescrivait en injections.

Enfin, il faut signaler l'essai que fit Raoul Delonchamps en 1861: cet auteur, croyant à l'action directe du remède, enveloppait la verge et les bourses d'une vessie au fond de laquelle était déposé le copahu qui devait agir par ses vapeurs : le résultat fut d'ailleurs, négatif.

Aujourd'hui on ne donne plus le copahu que sous la forme des bols du codex, ou de capsules de gélatine, contenant soit la résine pure, soit le copahivate de soude (Raquin).

Le poivre de cubèbes qui, d'après Jullien, paraît avoir

été connu des Arabes, était depuis longtemps connu et employé dans l'Inde, lorsqu'il fut importé en Angleterre en 1816 par un officier anglais, et bientôt prôné par les Drs Barclay et Crawford. Pierquin et Delpech le répandirent en France en 1822.

On l'associe ordinairement au copahu. Certains médecins, Ricord entre autres, le donnaient dès le début à titre abortif, et Jullien rapporte qu'un empirique de Paris avait de beaux succès en administrant dès le commencement de la maladie le cubèbe à doses élevées.

L'essence de santal, à qui l'on accorde aujourd'hui la préférence à cause de son innocuité au point de vue du tube digestif, fut importée en Hollande par Rumphius en 1750. Ce produit était déjà employé empiriquement aux Moluques. Il tomba dans l'oubli jusqu'en 1865, époque où Henderson le remit en honneur. Il fut l'objet de deux communications de Panas à la Société de chirurgie, en 1865 et 1876.

Aujourd'hui, on emploie cette essence soit brute, soit redistillée et raffinée (santalol, arhéol), soit mêlée au kawa (gonosan) ou au salol.

Il faut citer seulement pour mémoire le baume de gurjum, dont se servait volontiers Vidal et que fit connaître en 1838 un médecin indien William O Shaghenessy.

Loin de nécessiter la suppression du vin, le gurjum est rendu d'une assimilation plus facile par les boissons alcooliques.

L'eucalyptus, le baume de tolu, la térébenthine, le buchu ne sont que des remèdes accessoires.

Enfin, nous mentionnerons pour terminer quelques autres médications internes ne rentrant pas dans le cadre des balsamiques, proposées par différents auteurs.

En 1824, Richond conseillait dans les *Archives générales de médecine* de donner jusqu'à cinquante gouttes de teinture d'iode à l'intérieur.

La cantharide est toujours chère aux homéopathes.

Le bromure de potassium fut préconisé par Bligh qui ne le donnait pas seulement contre les érections nocturnes, mais en injections uni aux alcalins.

Le chlorate de potasse fut conseillé par quelques-uns, mais le salol eut une vogue beaucoup plus grande :

Cet antiseptique fut préconisé par Sahli, Dreyfous, Hirtz et Talamon.

Ernest Lane, de Londres, constatait 6 cas de guérison sur 50 cas traités au salol, et Giraud (Thèse de Paris 1890) disait qu'il n'agit qu'associé aux balsamiques.

Enfin Dindt en 1893 (*Therapeutische Monatschefte*) observait 31 cas. En donnant *pro die* 7 grammes de salol, il n'obtint aucun effet sur 28 cas, et 3 fois constata une légère amélioration.

Albarran vers la même époque donnait des conclusions peu favorables au nouveau produit.

Le bleu de méthylène que Richard d'Aulnay emploie seul, et que d'autres associent aux balsamiques, est bien plus recommandable, pour ses propriétés antiseptiques et sédatives et son innocuité.

## LA MÉDICATION LOCALE

La médication locale occupe la plus grande place dans l'histoire de la thérapeutique des écoulements de l'urètre. D'abord employée seule, elle perdit de son importance pendant la vogue du traitement interne par les balsamiques, mais les progrès de l'antisepsie et de la chirurgie lui ont rendu le premier rang.

Nous étudierons successivement :

1° Les injections, instillations, cautérisations et grands lavages ;

2° Les bougies, les suppositoires et les pommades ;

3° Les méthodes chirurgicales modernes de dilatation et de traitement endoscopique.

### Injections, instillations et cautérisations, grands lavages.

Les injections. — La méthode des injections date des temps les plus reculés. C'est celle que les anciens qui considéraient la blennorrhagie comme une maladie purement locale songèrent d'abord à lui opposer : Dans le papyrus Ebers (1600 av. J. C.), on recommande les injections de différents extraits de plantes contre les écoulements des organes génitaux. Longtemps deux sortes d'injections furent seulement en usage : les injections émollientes et calmantes, à base de décoctions de pavot, de jusquiame, de plantes mucilagineuses, destinées à modérer les douleurs de la période aiguë, et les injections astringentes, composées d'alun, de noix de

galles ou d'autres substances contenant du tannin, avec comme véhicules de l'eau de plantain ou de roses, pour tarir l'écoulement à son déclin. C'est ce que l'on retrouve avec quelques variantes dans Celse, Galien, Arétée, les Arabes et les Arabistes, en un mot tous les auteurs jusqu'au XV^e^ siècle.

Lors de la grande épidémie de syphilis du XV^e^ siècle, quand la confusion commença à régner entre les deux maladies, au point que certains ne faisaient plus de la chaude pisse qu'une forme de la vérole, on ajouta toute une série d'injections mercurielles, et les chirurgiens des XV^e^, XVI^e^, XVII^e^ et XVIII^e^ siècles se trouvèrent ainsi faire de l'antisepsie avant la lettre.

Paré trouvait efficace d'ajouter aux injections un peu de son ægyptæcum, préparation dont le sublimé faisait la base.

Thierry de Hery employait le mercure éteint en nature. Ce même auteur formulait une injection calmante, à laquelle il ajoutait du camphre; il recommandait de la porter très loin dans le canal : « Et sera faite iniection, dit-il, avec syringe ayant la forme d'une algarie, laquelle, s'il est possible, sera conduite iusque près des prostates. » Thierry pensait, en effet, que la prostate était la source d'où venait l'écoulement blennorrhagique. Cette idée de porter l'injection sur le siège exact du mal mènera plus tard aux instillations.

Déjà diminué en importance dans le cours du XVII^e^ et XVIII^e^ siècle, le traitement local par les injections qu'Astruc n'employait pas, fut abandonné sous l'influence des

théories de Broussais. Cullerier et Ratier n'en parlent même pas.

Redevenu en faveur avec Débency, Diday, Ricord, il fut surtout constitué par des préparations astringentes, dessiccatives ; les différents sulfates, de cuivre, de zinc, de fer, l'acétate de plomb permirent de varier la formule.

La célèbre injection de Ricord, et l'injection aux trois sulfates des hôpitaux militaires résument et combinent ces données thérapeutiques. A l'heure actuelle, on reconnaît en général à ces préparations desindications spéciales pour la phase aseptique des écoulements.

En 1883, Mallez dans son formulaire des voies urinaires divisait ainsi les injections :

| | | |
|---|---|---|
| Injections irritantes | Caustiques | *Nitrate d'argent.*<br>*Bichlorure de mercure.*<br>*Potasse.*<br>*Iode.*<br>*Iodure de potassium.*<br>*Protoiodure de fer.* |
| | Astringentes | *Acétate de plomb.*<br>*Sulfates.*<br>*Lactate de zinc.*<br>*Tannin.*<br>*Cachou.* |
| Injections non irritantes | Détersives | *Eau pure.*<br>*Vin rouge.*<br>*— aromatique.*<br>*Alcool.*<br>*Eaux distillées de cubèbes-copahu, eucalyptus.* |
| | Isolantes | *Amidon.*<br>*Sous-nitrate de bismuth.*<br>*Carbonate de chaux.* |
| | Calmantes | *Décoctions émollientes.*<br>*Opium.*<br>*Belladone.* |

| | | |
|---|---|---|
| Injections antiseptiques | Irritantes | *Acide phénique.*<br>*Protochlorure d'étain.* |
| | Détersives | *Eau phéniquée.*<br>*— chlorée.*<br>*— chlorurée.*<br>*— de goudron.* |
| | Franchement antiseptiques | *Permanganate de potasse.*<br>*Borate de soude.*<br>*Sulfite de soude et d'argent.* |

La thérapeutique moderne a fait table rase de toute cette pharmacopée, et si l'habitude persiste encore de diviser les injections en astringentes et antiseptiques, cette division est purement arbitraire, car à côté du pouvoir « dessiccatif » de toute substance astringente, il y a son pouvoir antiseptique, jamais à dédaigner.

Éraud, de Lyon, a fait ressortir dans sa thèse de 1886 qu'une injection urétrale doit être aseptique et antiseptique.

Successivement on a rejeté :

1° Les injections émollientes ;

2° Les injections isolantes à base de sous-intrate de bismuth en suspension dans l'eau gommeuse qui avaient pourtant joui d'une grande réputation et donné lieu à des travaux importants (Thèse Caby 1858, Mourlon Dauvé 1860, thèse Bazin 1865). En isolant l'une de l'autre les deux parois du canal que l'injection recouvrait d'une poudre inerte, on espérait empêcher l'inflammation de se propager, et tarir l'écoulement.

3° Les injections solidifiantes, préconisées par Paillasson, et qui était composées de glycérolés de sulfate de zinc, de bismuth, d'extrait de ratanhia, renfermés dans un tube d'étain, dont on pressait l'extrémité pour

faire pénétrer dans le canal la quantité nécessaire.

Seules les substances antiseptiques méritent de retenir plus longtemps notre attention :

Voici le tableau qu'en donne Balzer, en conservant la vieille division des substances astringentes :

| INJECTIONS ASTRINGENTES | INJECTIONS ANTISEPTIQUES |
|---|---|
| Sulfate<br>Sulfophénate<br>Acétate *de zinc.*<br>Salicylate<br>Sozoiodolate | Calomel. |
| Sulfate de fer. | Iodoforme. Iodol. |
| — d'alumine et de potasse. | Sous-nitrate de bismuth. |
| — de cuivre. | Dermatol. |
| Alumnol. | Airol. |
| Acétate de plomb. | Xéroforme. |
| Nitrate d'argent. | Thioforme. |
| Tannin. | Permanganate de potasse. |
| Itrol. | Bichlorure Hg. |
| Albargine. | Oxycyanure Hg. |
| Protargol. | Chloral. |
| Ichtargan. | Resorcine. |
| Largine. | Antipyrine. |
| Rhodanate de quinoléine et de bismuth. | Quinine (sulf ou brom). |
| Argyrol. | Thalline. |
| Argentamine. | Créosote. |
| Vitelline d'argent. | Acide borique. |
| Silbérol. | — citrique. |
| | — picrique. |
| | Salicylate de soude. |
| | Eau de chaux. |
| | Pyridine. |
| | Gallobromol. |
| | Ichthyol. |
| | Acide nitrique. |
| | Formol. |
| | Thigénol. |
| | Eau oxygénée. |

Quelques-uns de ces médicaments sont intéressants à suivre depuis leur apparition dans la thérapeutique.

Le sulfate de cuivre était employé par Hunter. Desnos le réserve pour les écoulements chroniques aseptiques.

Sous forme de « pierre divine » (sulfate de cuivre, camphre, alun, azotate de potasse) il était employé par Pouillet en 1879.

Le bichlorure de mercure était employé de longue date en injections par les unicistes (ægyptiacum de Paré) ; Hahnemann, le père de l'homéopathie et Hecker, en 1812, agissaient de même. Plusieurs auteurs s'en sont servi dans le traitement abortif (Desnos, Doyen). Cet antiseptique très actif a l'inconvénient d'être douloureux et de coaguler les sécrétions albumineuses. Le chlorure de zinc était employé comme abortif par Gaudriot ; Ricord s'en servait contre les blennorrhées rebelles.

Mais les médicaments qui ont aujourd'hui le plus de vogue pour leur action antigonococcique très réelle sont le permanganate de potasse et les sels d'argent.

Le permanganate de potasse a été employé en 1857 en Angleterre par Condy. Le « fluide de Condy » des Anglais n'est autre chose que sa solution au millième.

En France, Rich, en 1864, en fait la base de son traitement de la blennorrhagie : en même temps que des injections de permanganate qu'il conseillait dès le début de l'affection, il formulait les pilules suivantes, auxquelles il attribuait la majeure partie de l'efficacité de sa médication :

Podophylline. . . . . 0 gr. 05 cent.
Bitartrate de potasse . . . 0 gr. 50 cent.
Prendre 1 pilule jusqu'à purgation.

Le permanganate devint vite d'un usage courant et nous le voyons successivement employé par Van den Corput et Zeissl de Vienne en 1879, Spillmann et Weiss en 1880, Gourgues en 1881, Paquet de Lille, Bourgeois en 1885.

On en a abusé au point que certains auteurs (Sterne, de Nancy) ont accusé la « permanganatite » consécutive à son emploi d'être la cause d'écoulements chroniques.

Le permanganate de chaux qu'on a voulu lui opposer est très inférieur.

Le nitrate d'argent, dont le professeur Guyon a bien fait ressortir les avantages en thérapeutique urinaire, n'a pas été seulement employé à doses fortes comme abortif, mais aussi plus dilué comme injection journalière.

Serres, en 1835, l'employait contre la blennorrhagie non spécifique. Ce médicament conserve toujours une grande valeur contre l'infection gonococcique (Balzer). Crédé l'a montré pour l'ophtalmie des nouveau-nés.

Sans vouloir conclure de l'efficacité des composants à celle du composé, on pourra remarquer que l'argent a été employésous forme de collargol par Tansard, et l'acide nitrique dilué par Porosz.

A son pouvoir antiseptique de premier ordre se joint son action cathérétique. La muqueuse est comme décapée à sa superficie, et le parasite peut être atteint dans les couches profondes.

Mais les sels organiques d'argent, exempts à doses moyennes d'action irritante, occupent aujourd'hui une grande place dans la thérapeutique. Le plus important est le protargol, surtout préconisé par Neisser qui l'emploie associé à l'antipyrine et à la glycérine.

Hogge de Liège s'en sert en injections comme adjuvant du traitement par les grands lavages de permanganate.

*La seringue.* — L'instrument destiné à pratiquer les injections est généralement la seringue ; la poire en caoutchouc, bien commode et moins fragile, est aussi fort employée. On a à peu près abandonné les seringues en verre, terminées par une canule qui pénétrait dans l'urètre et pouvaient le blesser. L'embout conique, qui est le principe de la canule de Janet, est adopté de plus en plus.

Le nombre des modèles de seringues ou d'injecteurs proposés est considérable, et ce nombre même prouve qu'aucun d'eux n'est absolument parfait.

L'injecteur proposé par Engelbreth, qui se compose d'une canule de Janet surmontée d'une poire en caoutchouc est pratique, et facilement aseptisable. Il contient 25 grammes, et un système à clapet empêche de forcer le sphincter.

Quelle contenance doit avoir la seringue ? Après de nombreuses expériences, le professeur Guyon a établi une seringue d'une contenance de 8 grammes destinée à être injectée en deux fois. Le liquide ne dépasse pas ainsi l'urètre antérieur. Neisser et Finger emploient des seringues de 10 à 15 centimètres cubes, et Guiard,

qui veut que son instrument puisse servir à irriguer les deux urètres, met entre les mains de ses malades une seringue de 24 centimètres cubes, qu'on place au repos dans une éprouvette contenant une solution antiseptique.

Mais la contenance de l'urètre variant beaucoup suivant les sujets, ne peut-on pas dire avec Loeb que pour être sûr de ne pas dépasser le bulbe il faudrait autant de seringues que de malades.

D'ailleurs l'emploi de substances très fortement microbicides et antigonococciques, comme le permanganate ou le protargol, diminue les chances d'infection de l'arrière-canal si le pus y est refoulé pendant l'injection.

*Le pansement urétral.* — Pour terminer ce qui concerne les injections, nous dirons quelques mots du pansement urétral, imaginé par Motz, et destiné à modifier les parois du canal par une injection laissée longtemps à leur contact.

En 1903, Motz a conseillé la pratique suivante contre l'infiltration molle : avant de pratiquer l'injection, le malade recouvre son gland d'une mince lame d'ouate, autour de laquelle il passe un fil de coton formant boucle. L'injection faite, les deux chefs du fil sont tirés par la main d'une part, les dents de l'autre, un second nœud est fait, et le liquide ne peut plus ressortir du canal. Le bourrelet du gland s'oppose au glissement du fil.

Le dispositif de Motz nous paraît pouvoir être très simplifié en employant pour obtenir l'occlusion de l'urètre un simple anneau en caoutchouc, tel que celui

dont on se sert couramment pour tenir fermés les parapluies.

Le gland étant bien asséché, l'injection est faite de la main droite, la main gauche tenant l'extrémité de la verge. La seringue reposée, l'anneau est étendu avec trois doigts et posé sur le gland que présente la main gauche. Il n'y a aucun glissement, et le pansement peut demeurer en place deux heures, le malade se livrant à ses occupations habituelles. Si le gland se congestionne, quelques pressions exercées à son extrémité font refluer le sang sous l'anneau et permettent de le maintenir en place plus longtemps.

Enfin, M. Palazzoli, ancien externe du service du professeur Albarran, propose dans le même but une pince obturatrice, à crémaillère, d'un emploi commode. Ces deux appareils pouvant s'appliquer au milieu du gland, une plus grande portion du canal et la fosse naviculaire se trouvent baignées.

Les solutions employées sont l'eau oxygénée à 5 0/0 ou le collargol à 1 p. 20 s'il y a des gonocoques, ou la solution suivante que Motz recommande pour le cas où la muqueuse est kératinisée.

| | |
|---|---|
| Hermophényl . . . . | aa 0 gr. 50 à 1 gr. |
| Protargol. . . . . | |
| Glycérine. . . . . | 30 cc. |
| Chlorhydrate de cocaïne. | 1 gr. |
| Eau distillée . . . . | 1000 gr. |

Après massage de l'urètre sur béniqué, pour exprimer le contenu des glandes, on injecte ces solutions

qu'on laisse en contact avec les parois urétrales deux ou trois heures.

La cautérisation et les instillations. La méthode de Guyon. — L'idée de cautériser directement les lésion rebelles de l'urètre remonte assez loin : les anciens se servaient de poudre de rue ou de sabine qu'ils déposaient dans l'urètre au moyen de sondes spéciales (Paré, Fabrice d'Aquapendente).

Lallemand, en 1836, employait le nitrate d'argent solide, qu'il portait au point voulu avec son porte-caustique. Cet instrument, dont son inventeur abusa, donna lieu à des désastres, même entre ses mains. Il ne permettait pas de mesurer l'action du remède, et bientôt il fut délaissé.

Domerc, en 1862, employait une sonde à double enveloppe, munie d'un piston, pour déposer au point voulu les caustiques sous forme de pommades ; Mallez, en 1866, insuffle les médicaments pulvérulents au moyen de son insufflateur analogue à celui de Jacquemier (1862).

Dubé, vers la même époque, se servait d'une bougie creuse, terminée par une olive percée de trous et renfermant une gouge ; un mandrin permettait d'exprimer celle-ci au niveau des lésions. Une solution de nitrate dont elle était imbibée constituait le caustique.

Mais les instillations ne devinrent de pratique courante que depuis l'invention du professeur Guyon en 1867. Son premier instillateur se composait d'une canule filiforme d'argent ou d'or, qu'on introduisait dans la cavité centrale d'une bougie à boule dont le renflement terminal était perforé avec une aiguille. Bien que Paris

(Thèse 1868) fasse remarquer que l'emploi de l'or, très élastique, faisant ressort contre les obstacles, ou de l'argent plus malléable n'était pas indifférent, la canule métallique intérieure fut bientôt supprimée, et l'instillateur à boule, en gomme, adopté par tout le monde. Une seringue à piston gradué et muni d'un pas de vis permet de mesurer le caustique injecté : un tour de piston correspond à une goutte.

Les Allemands, longtemps fidèles au porte-caustique de Dittel, analogue à celui de Lallemand, emploient l'instillateur métallique et rigide de Ultzmann.

Les solutions dont on se sert sont : le nitrate d'argent de 1 p. 10 à 1 p. 100 (généralement 1 p. 50) qu'emploie Guyon, le protargol, le sublimé, l'acide picrique et le sulfate de cuivre (1 p. 20) que conseille Desnos. Cet auteur a remarqué que si le nitrate d'argent a de bons effets dans les lésions de l'urètre postérieur, le sulfate de cuivre vient plus facilement à bout des lésions rebelles de l'urètre antérieur.

Enfin, Balzer et Tansard, pour renforcer l'action caustique du nitrate ont proposé d'introduire après l'instillation un cathéter en zinc (*Annales*, 1906).

On s'accorde aujourd'hui à reconnaître aux instillations des indications précises dans les uretrites chroniques localisées, avec granulations et infiltrations.

Les grands lavages. — La méthode des grands lavages qui présente sur la méthode des injections le double avantage :

1° De s'adresser à l'urètre postérieur comme à l'urètre antérieur ;

2° De permettre un contact plus prolongé des parois du canal avec un liquide en mouvement et par conséquent une désinfection plus efficace, est plus habituellement connue sous le nom de méthode de Janet. C'est en effet, cet auteur (*Annales des maladies des organes génito-urinaires,* avril-juin 1892, et *Ann. de dermat. et syphilig.*, oct. 1893) qui l'a surtout préconisée et rendue d'un usage courant.

Mais l'idée même de l'irrigation urétrale, avec ou sans sonde, avec ou sans participation de la vessie et de l'urètre postérieur, remonte beaucoup plus loin (1).

Déjà Serre, d'Alais, en 1831, lavait l'urètre antérieur à l'eau tiède au moyen d'une seringue ou d'un clissoir (Guiard).

Morgan, en 1869 (The Dublin quarterly. *Journal of medical science*), se servait d'une bouteille de verre communiquant, d'une part, par un tube en caoutchouc avec une canule métallique, et de l'autre avec un insufflateur qui permettait de comprimer l'air et de chasser le liquide.

Durham, en 1870 (*Guys hospital reports for*, 1870), préférait employer un injecteur à boule de caouchouc. L'appareil se terminait par une sonde à bout olivaire et à courant rétrograde, qu'on introduisait jusque dans la région membraneuse.

1. Nous empruntons à Delaroche (*Traitement de la blennorrhagie par les lavages au siphon,* Thèse de Paris, 1893), la plupart des renseignements antérieurs à cette époque. A partir de cette date nous utilisons nos recherches personnelles.

En 1880, Harrisson (*The Lancet*, 15 mai 1880) faisait avec un appareil du même genre deux lavages par jour.

Thomas Windsor (Treatment of gonorrhea bythe uretral douche, *Manchester med et surg reports*, 1871) employait un appareil à siphon, composé d'un tube en caoutchouc plongeant dans un réservoir, à l'extrémité duquel il adaptait une seringue à injection dont le piston était enlevé. Son idée était de prolonger les injections pour les rendre plus efficaces. Comme liquide, il employait une solution de permanganate à 1 p. 1000, mais il se bornait à laver l'urètre antérieur. « J'ai essayé plusieurs fois, disait-il, de laver la partie bulbaire de l'urètre, mais je n'ai pas réussi. »

Holbrock Curtis (*Medical Record*, avril 1883) se servait d'un appareil semblable, mais terminé par une sonde molle à jet rétrograde. Il n'employait aucun antiseptique, mais seulement de l'eau dont il élevait progressivement la température, jusqu'à atteindre, paraît-il, 81° centigrades. Il faissait passer une très grande quantité de liquide, jusqu'à 10 litres par séance, et obtenait ainsi la guérison en moins de quinze jours.

Halstead et Van der Proel (*The Medical Record*, 1886) pratiquaient trois ou quatre fois par jour des lavages sans sonde avec une solution de sublimé de 1 p. 60.000 à 1 p. 10.000.

Brewer rapporte en 1887 à la Société de dermatologie de New-York les résultats obtenus par des irrigations d'eau chaude avec ou sans sublimé.

En 1892, Reverdin, de Genève, expose dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, qu'il employait déjà

depuis huit ans des grands lavages de l'urètre, et qu'il se servait d'une sonde molle et d'un appareil à siphon pour faire pénétrer une solution de permanganate de 1 p. 5000 à 1 p. 3000.

Tous les auteurs précédents ne lavaient que l'urètre antérieur, pourtant Mallez (*Thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire,* 1878) nous rapporte que Cloquet se servait déjà pour laver la vessie d'un entonnoir en verre auquel il adaptait un tube de caoutchouc et un petit bout de sonde qu'il introduisait dans le canal; en comprimant le méat pour empêcher le reflux du liquide, et en élevant l'entonnoir, il parvenait à faire pénétrer le liquide dans la vessie.

Diday, en 1839, irriguait la totalité de l'urètre au moyen d'une sonde molle qu'il introduisait jusqu'à la vessie. Quand il voyait l'urine couler, il adaptait une seringue chargée de liquide, et poussait le piston tout en retirant la sonde; il se servait aussi d'un irrigateur.

Reliquet en 1871, Bertholle en 1877, Vaudenabecle en 1881 et Lavaux en 1888, lavaient la vessie sans sonde, avec des appareils variés, irrigateurs ou appareils à siphon, mais seulement pour les affections de la vessie et quelquefois de l'urètre postérieur.

Mais c'est depuis les travaux de Janet en 1892 que le traitement par les lavages urétro-vésicaux fut généralisé. Desnos (*Gazette médicale de Paris,* 1892) les effectuait au moyen d'une seringue, et employait une solution de sublimé à 1 p. 20.000.

Janet, dans ses publications successives, conseilla le

permanganate et fixa la technique la plus généralement adoptée.

L'appareil employé est l'appareil à déplacement dont avaient eu idée Cloquet, Thomas Windsor et Holbrock Curtis, qu'il termina par une canule de son invention, à bout conique, ne pénétrant pas dans l'urètre et ne pouvant le blesser.

Dans ses premières publications il conseillait des solutions d'un titre assez élevé, jusqu'à 1 p. 500. Dans la suite, il ne conseilla plus de dépasser 1 p. 1.000. Dans son traitement, Janet lave l'urètre antérieur seulement pendant les deux premiers jours, les deux urètres et la vessie les jours suivants.

Il cherche à provoquer la réaction séreuse, qui, dit-il, crée un mauvais milieu de culture aux gonocoques, et les balaye de la profondeur vers l'extérieur.

Guiard emploie une technique différente :

Comme instrument, il se sert d'une seringue de son invention, contenue à l'état de repos dans une éprouvette pleine d'un liquide antiseptique, ce qui permet de la maintenir aseptique. Cette seringue, d'une contenance de 25 grammes, peut être confiée au malade, qui a la faculté de se traiter lui-même. De plus le titre des solutions varie entre 1 p. 10.000 et 1 p. 5.000, jamais plus, et Guiard tâche d'éviter la réaction séreuse que Janet recherchait au contraire, et de maintenir l'urètre sec. Il insiste sur la nécessité d'anesthésier au préalable le canal à la cocaïne, pour éviter les douleurs et vaincre plus facilement la résistance du sphincter, mais andis que Janet employait une solution de cocaïne à

1 p. 400, en injections, il élève le titre jusqu'à 1 p. 20 et se sert d'un instillateur à boule pour en déposer quelques gouttes dans la région membraneuse.

D'autres auteurs sont également partisans du lavage à la seringue, de préférence au bock, pour pouvoir à leur gré augmenter ou diminuer la pression d'un simple mouvement de main : nous citerons Kuttner, Behaegel, de Bruxelles (*Belgique médicale*, 10 fév. 1898) et Engelbreth, qui préfère employer le nitrate d'argent.

Le permanganate est le médicament généralement adopté ; pourtant Balzer et Haïdoutoff (1898), Noguès ont préconisé le protargol à p. 1000, Escat de Marseille le cyanure de mercure, et Albarran l'oxycyanure, que presque tous les auteurs ont adopté pour la phase des infections secondaires postgonococciques.

Le sublimé est employé à des titres différents par Desnos, Aranda et Doyen. Ce dernier effectue les lavages au moyen d'une poire en caoutchouc d'une contenance de 150 à 200 grammes et les répète très fréquemment.

Parmi les autres médicaments employés, il faut citer l'acide salicylique (Balzer) qui convient pour la cystite, l'ichtyol à 1 p. 200 ou 1 p. 100, le gallobromol (Rollet), les nouvelles préparations argentiques : argentamine à 1 p. 4000, ichtargan de 0,25 à 1 p. 1000, ichtalbine, albargine argonine (Jadassohn) et collargol (Tansard).

Lorsqu'on ne peut franchir le sphincter à l'aide de la seule pression, l'emploi de la sonde devient utile ;

certains l'emploient même systématiquement à la manière de Riverdin.

Un certain nombre de sondes ont été construites dans ce but : celle à jet rétrograde de Williams (*Medical News*, 1893), celle de Cotterell (*Britisch medical Journal*, 1893), sorte de spéculum grillagé maintenant écartées les parois de l'urètre, celle de Lavaux, et celle de De Pezzer, la plus employée, à parois très minces et très souples, munies d'ouvertures latérales. Le plus simple est de se servir d'une sonde de Nélaton, sur les parois de laquelle on perce quelques trous au thermocautère.

Avec la sonde, outre la douleur assez vive que détermine l'introduction et le retrait de l'instrument entre les parois du canal enflammées ou irritées par le médicament, on peut se trouver en face de complications telles que la cystite ou l'orchite (Balzer).

Employée en France par presque tous les chirurgiens et les spécialistes (Balzer, Audry de Toulouse) la méthode des grands lavages est contre-indiquée pendant la période de grande acuité de l'écoulement. On attend la diminution des phénomènes inflammatoires pour l'entreprendre et en attendant, on a recours au traitement antiphlogistique.

Enfin la méthode a ses détracteurs. En Allemagne, Friedlaender qui est resté fidèle au traitement par les balsamiques et les injections se refuse à exposer la vessie saine de ses malades aux atteintes d'une substance aussi active que le permanganate.

## LES BOUGIES, LES SUPPOSITOIRES ET LES POMMADES

On entend par bougies médicamenteuses des préparations solides, de forme allongée, à base de corps susceptibles de se ramollir ou de fondre dans l'urètre, avec ou sans support, auxquels sont incorporés des médicaments destinés à exercer sur les parois du canal une action prolongée.

Les bougies médicamenteuses paraissent avoir été employées dès le début du XVI^e^ siècle. A. Lucana attribue leur invention à un certain Philippe de Lisbonne, sorte de spécialiste ou plutôt de charlatan, qui, au dire de Sprengel, parcourait le monde en vendant ses produits, dont il faisait lui-même l'application.

Le juif portugais Jean Rodriguez de Castello Bianco, plus connu sous le nom d'Amatus Lusitanus, qui écrivait vers 1540, nous apprend que son maître Alteredo ou Altarède, professeur à l'Université de Salamanque, en enseignait l'emploi dans ses leçons. On peut donc en déduire que les bougies étaient connues en l'an 1500, époque probable des études d'Amatus Lusitanus.

Quoi qu'il en soit, ce dernier procédait de la façon suivante, pour détruire les prétendues carnosités urétrales: il prenait une bougie de cire blanche et de thérébentine, et pratiquait, à la distance où devait se trouver la « carnosité », une rainure circulaire, qu'il remplissait d'une pâte composée de substances cathérétiques, telles que poudre de rue ou de sabine. Le

malade portait cette bougie huit jours, la remettant en place après chaque miction. Le calibre du canal était ensuite entretenu pendant un certain temps par une autre bougie simple, sans médicaments. Lusitanus employa avec un plein succès sa bougie sur la personne du médecin du pape Jules II, à qui il vantait depuis longtemps sa méthode.

A. Ferri en 1551, Christophe de Vega en 1552, Diaz en 1588, proposent des bougies enduites de substances cathérétiques ou caustiques, donnent la manière de s'en servir, signalent les accidents qui peuvent survenir et la façon d'y remédier.

A. Ferri dans son traité: *De caroncula sive callo quæ cervici vesicæ innascuntur*, parle de bougies oblongues, épaisses et molles, faites de cire blanche, jaune ou verte, mélangée de vert-de-gris; il emploie également contre la caroncule des tiges de mauve, de persil et de fenouil qu'il indroduit dans le canal ; enfin, il parle de sondes flexibles de plomb, enduites d'alun et d'écorce de grenadier unis au cérat de céruse, ou bien de chaux vive et d'arsenic rouge mélangés et incorporés au cérat de mucilage. Si tous ces moyens ne suffisaient pas, il poussait dans l'urètre une sonde tranchante à son extrémité, pour couper la caroncule, et rétablir le calibre normal.

Thierry de Hery en 1552 et Ambroise Paré en 1564 emploient la bougie d'Aphonse Ferri.

Paré dit: « On peut aussi employer d'autres chandel-
« les de cire, dont la mesche sera faite exprès de fil
« bien fort et deslié, de peur qu'elles ne se rompent. »
Après l'application de ces remèdes, on faisait des injec-

tions astringentes à base de noix de galles et d'alun, « jusqu'à ce qu'on n'apperçoive aucune humidité sanieuse sortir de la verge. »

Thierry emploie aussi une sonde de plomb frottée de mercure: « Aussi ai-je trouvé bon, dit-il, de leur mettre « quelques fois une chandelle de cire où soit insérée « la vertu de sabina...., ou une tante de plomb en forme « d'algarie, laquelle ay frotté d'argent vif. »

Loyseau traita le roi Henri IV pour un rétrécissement avec une pommade composée de beurre et de poudre de sabine, qu'il porta sur la « caroncule » au moyen d'une sonde. Le bon roi pensa en mourir, et les auteurs du temps nous rapportent qu'il fut grandement malade, mais qu'en fin de compte il fut guéri. Les bougies furent employées par tous les chirurgiens du XVI^e^ siècle, et ce n'est qu'au commencement du XVII^e^ que Fabrice d'Aquependente (1537-1619) modifia la façon d'introduire les topiques jusque sur le point lésé de l'urètre. Il se servait d'une canule d'argent de son invention à l'aide de laquelle il faisait cheminer dans le canal au moyen d'un mandrin un sachet de toile chargé de substances actives, qu'il laissait à demeure au point voulu en retirant la sonde.

Fabrice de Hilden (1560-1634) emploie les mêmes procédés.

Au XVIII^e^ siècle chaque auteur proposait sa formule de bougies :

Daran, qui tint longtemps secrète la composition de son topique, et dont la renommée à l'époque était fort grande, employait vers 1750 un mélange très complexe

de saindoux, de suif, de cire, de litharge, de fiente de brebis sèche et d'huile de noix, dans laquelle on avait fait cuire différentes herbes telles que ciguë, nicotiane, lotier odorant et millepertuis. On trempait une bandelette de toile dans ce produit, et on roulait en forme de bougie entre deux planches. Introduites dans l'urètre, ces bougies déterminaient une suppuration, qui avait raison de toutes les carnosités, rétrécissements, caroncules, et de la strangurie qui en résultait. Astruc employait aussi des bougies, et donnait une formule comme étant celle de Daran; mais celui-ci protestait dans une lettre contre l'inexactitude de cette assertion. Plusieurs ingrédients manquaient, entre autres la fiente de brebis !

Col de Vilars se servait d'emplâtre de *Vigo cum mercurio* qu'il façonnait en bougies à l'aide d'une bandelette, ou bien encore de petites bougies courtes ou suppositoires, qu'il introduisait au moyen d'une sonde et d'un stylet.

L'introduction du nitrate d'argent dans la thérapeutique des affections de l'urètre relégua pour un moment les bougies au second plan : Wiseman, Hunter, A. Petit, Home se servaient du caustique lunaire à des degrés variables de concentration.

Mais Bretonneau, en 1830, et Velpeau, en 1839, reviennent aux bougies médicamenteuses : ils enduisent les leurs d'une pommade renfermant de la graisse, de l'antimoine et de l'oxyde de zinc.

L'antique bougie d'Alphonse Ferri, à base d'alun, est remise à la mode par Jobert de Lamballe en 1862.

Cullerier introduisait dans l'urètre des bougies endui-

tes de pommades résolutives pour modifier les blennorrhées opiniâtres.

Ricord, dans le même but, conseille des sondes recouvertes de cérat mercuriel ou de pommade au nitrate d'argent. Civiale préférait rouler dans du nitrate réduit en poudre fine une bougie qu'il introduisait aussitôt après. M. Legrand renouvelle à la même époque la bougie d'Amatus Lusitanus à rainure circulaire chargée d'alun. Benas employait des bougies au ratanhia, et Montanié, en 1843, se servait de bougies de gomme enduites de pommade iodée.

Variant la technique, Vinci de Naples et Martin emploient un cathéter cannelé pour porter les pommades sur la région lésée du canal.

Mais la plupart des auteurs d'il y a quarante ans s'accordaient pour placer au premier rang les bougies porte-remèdes de Reynal, composées d'un cylindre de glycérine gélatinée, autour duquel était appliquée la substance active, sulfate de zinc par exemple.

Leur composition permettait de varier à l'infini la nature du topique; avec l'ère antiseptique, le nombre de leurs variétés s'accrut encore, et on en fit au permanganate, au sublimé, au nitrate d'argent, au protargol. Les dernières venues, à base de peroxyde de zinc (ectogan), ont acquis la faveur de plusieurs médecins. Mais à l'heure actuelle la plupart des auteurs rejettent les bougies médicamenteuses; ils leur reprochent:

1° De ne pas présenter des garanties suffisantes d'asepsie;

2° De traumatiser le canal si le malade à qui leur introduction est confiée s'en sert maladroitement;

3° Pour ce qui concerne spécialement les bougies glycérinées, de présenter des indications trop spéciales (Janet in *Annales des mal. des org. génit.-urin.*, 1894), la « saignée blanche » de la muqueuse que réalise la pollution séreuse qui suit leur emploi ne s'adressant pas indifféremment à tous les états.

Parmi les auteurs qui emploient cette forme de topiques, nous citons Escat, de Marseille, qui les considère comme un des meilleurs moyens de soulager les porteurs d'urétrites chroniques.

Par contre, Janet (Association française d'urologie, 1898) se montre partisan des pommades urétrales, introduites à l'aide d'un cathéter cannelé selon la méthode de Casper. A cet effet, il présente deux cathéters un droit pour l'urètre antérieur, un courbe pour l'urètre postérieur.

En plus de la méthode de Casper, les Allemands et les Italiens emploient pour porter des pommades à différents points du canal les appareils de Tommassoli et d'Ultzmann, sortes de seringues spécialement destinées à cet usage.

Enfin, Gardner (*Medical Record*, 22 décembre 1906) propose de panser l'urétrite comme une métrite, par le tamponnement et les topiques locaux.

Il emploie des tubes de verre d'un diamètre approprié, dans lesquels il fait pénétrer une mèche de la longueur voulue, imbibée d'une des solutions suivantes :

| A | | B | |
|---|---|---|---|
| Ichtyol . . . . | 4 gr. | Teinture de gaïac. | 4 gr. |
| Résorcine . . . | 2 gr. 50 | Copahu . . . . | 4 gr. |
| Baume du Pérou. | 12 gr. | Huile de ricin. . | 30 gr. |
| Huile de ricin . . | 120 gr. | Huile d'olives . . | 120 gr. |

Puis on retire le tube en poussant avec un mandrin la mèche qui reste en place.

Rien de nouveau ici bas : déjà le bon Paré formulait un onguent dont il oignait une « candelette », et qu'il introduisait à peu près de la même façon, imitant en cela la façon de faire de Paul d'Égine (420 ap. J.-C.).

## LES MÉTHODES CHIRURGICALES MODERNES

*La dilatation et les rétrécissements « larges » Dilatateurs mécaniques. — Dilatateurs laveurs, le massage et l'électrisation. L'endoscopie et les traitements endoscopiques. Un traitement radical.*

La dilatation appliquée aux rehaussements du canal est connue de longue date. L'emploi de sondes ou de bougies, en cire ou en métal, est indiqué par les auteurs arabes (Rhazès, Avicenne, Avenzoar, Albucassem) puis par les chirurgiens de la Renaissance et tous ceux des XV^e^, XVI^e^, XVII^e^, et XVIII^e^ siècles. Le succès de certaines bougies médicamenteuses manifestement inertes (celles de Daran par exemple) peut être attribué à leur action dilatatrice.

Mais c'est Béniqué qui eut le premier l'idée d'employer la dilatation simple contre l'urétrite chronique

sans stricture nette du canal. En 1844 il affirmait guérir la goutte militaire par la dilatation. Il se servait de cathéters en étain qui portent son nom, et sont aujourd'hui d'un usage courant. Après lui, Alphonse Guérin, Voillemier, Désormeaux, Thompson imitèrent sa façon d'agir, et recommandèrent cette méthode de traitement. Les bougies de Béniqué, en étain, ont été remplacées par Guyon et par Bazy par des bougies nickelées non flexibles, et présentant une courbure fixe spécialement étudiée pour être en rapport avec la disposition du canal, Mais c'est depuis les travaux d'Otis, de New-York, sur les rétrécissements larges que des recherches nombreuses ont été faites dans ce sens. Cet auteur construisit un dilatateur mécanique avec lame inciseuse (dilating urétrotom) que modifièrent bientôt Planer (1888) et Oberlaender de Dresde (1888). Ce dernier et Kollmann de Leipsig ont mis en usage des appareils permettant de pousser la dilatation bien plus loin qu'avec les cathéters Béniqué, et cela sans causer au méat aucun traumatisme ni nécessiter son incision. De plus ils présentent l'avantage de dilater les différentes portions de l'urètre proportionnellement à leur diamètre ; c'est ainsi que la région du cul-de-sac bulbaire, bien plus large que l'urètre pénien, se trouve parfaitement étalée et étendue.

Ces instruments sont devenus d'un usage courant en France, depuis la description qu'en a fait Menahem Hodara en août 1895 dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Ils sont composés de plusieurs branches métalliques réunies en faisceau, et pou-

vant être écartées les unes des autres au moyen d'une vis. Un cadran marqué en filière Charrière, sur lequel se meut une aiguille, permet de suivre à chaque instant l'écartement.

L'instrument d'Oberlaender est à deux branches, celui de Kollmann, d'un usage plus courant à quatre. Les premiers modèles devaient avant l'introduction être recouverts d'une chemise de caoutchouc, mais les plus récents ne présentent aucune aspérité et ne risquent pas de blesser le canal ; la chemise de caoutchouc est inutile.

Desnos a fait construire un dilatateur dont l'action est limitée à une très petite portion de l'urètre.

Ces instruments sont introduits fermés, et ouverts graduellement. On arrive après un certain nombre de séances à pousser la dilatation jusqu'au 45 de la filière Charrière, ce qui correspondrait à un béniqué n° 90 !

Sous l'influence de cette distension, les plis de la muqueuse s'effacent, les lacunes de Morgagni s'étalent, les glandes de Littre subissent un massage qui évacue leur contenu, et l'infiltration molle, moins élastique que le tissu urétral sain, cède, laissant la place à de petites cicatrices sans danger.

Il existe un dilatateur droit pour l'urètre antérieur, et un courbe pour l'urètre postérieur. Mais beaucoup de chirurgiens (Albarran) pensent qu'il y a danger à pousser si loin la dilatation de l'urètre postérieur, et qu'on peut voir survenir une incontinence passagère de l'urine, lorsque le sphincter a été trop distendu.

Enfin, Kollmann a heureusement combiné les lava-

ges à la dilatation, et l'emploi de ses dilatateurs laveurs permet de balayer d'un courant antiseptique continu les glandes évacuées; les masses muco-purulentes sont mobilisées et délayées, de sorte que les conduits glandulaires sont rendus eux-mêmes accessibles à l'action médicamenteuse.

A côté des traitements par la dilatation, nous dirons quelques mots du traitement endoscopique, que les auteurs allemands précédemment cités emploient d'une façon courante, et auquel ont recours en France nombre de chirurgiens pour diagnostiquer et traiter les lésions rebelles du canal.

C'est Désormeaux qui, en 1853, se servit le premier d'un endoscope de son invention pour examiner l'urètre. Quelques tentatives infructueuses avaient déjà été faites (1) par Bozzini de Francfort en 1805 et Ségalas en 1826.

L'endoscope de Désormeaux se composait d'un tube qu'on introduisait dans l'urètre, et auquel on adaptait une lampe à réflecteur. Un système optique permettait d'examiner le canal.

L'exemple de Désormeaux fut rapidement suivi par de nombreux auteurs : En Angleterre Cruise (1865), Andrews (1867); en Allemagne Hacken (1862), Furstenheim (1870) et Stein (1874) publièrent de nombreux travaux qui apportèrent un nouvel appoint à l'étude de l'anatomie pathologique de l'urètre.

Grunfeld, de Vienne, modifia l'urétroscope de Désor-

1. Luys. *Endoscopie de l'urètre et de la vessie.*

meaux en séparant la source lumineuse du tube endoscopique. Un miroir frontal projetait les rayons d'une lumière fixe dans l'axe de l'instrument.

Von Antal (1888) se servit d'un appareil permettant d'insuffler de l'air dans l'urètre, pour le déplisser, et examiner ses parois sur une longueur de plusieurs centimètres.

Nous citerons successivement avec Luys les différents appareils suivants rappelant les mêmes dispositions :

Le diaphotoscope de Schutz (Vienne, 1887) ;

Le panelectroscope de Leiter (*id.*) ;

L'électroscope de Casper (Berlin, 1894) ;

L'urétroscope d'Otis (New-York, 1901).

Tous ces appareils tendaient à permettre les manœuvres intra-urétrales, mais la source de lumière étant hors du tube, le champ opératoire était plus ou moins caché par la main de l'opérateur ou ses instruments, interposés entre la source lumineuse et le point examiné.

Oberlaender de Dresde fit construire en 1888 un urétroscope dans lequel la source lumineuse, une petite ampoule électrique, était reportée à l'extrémité du tube endoscopique, près de la surface à examiner. Une circulation d'eau refroidissait l'appareil pour éviter les brûlures du canal. L'idée primitive de cette disposition revient à Nitze (1870).

En 1892, Horteloup modifia l'urétroscope de Désormeaux qui employait une lampe à huile ou à pétrole en y adaptant la lumière électrique.

A l'heure actuelle, les deux modèles d'urétroscope : 1° à lumière externe ; 2° à lumière interne, sont encore en présence, bien que la faveur aille de plus en plus à ces derniers.

Si on emploie l'éclairage externe, on se sert communément du tube urétroscopique simple (Janet) et du photophore de Clar pour projeter les rayons lumineux ; l'appareil à éclairage interne d'Oberlaender a été modifié successivement par Valentine de New-York (1900) et Luys (1905) qui emploient une source de lumière « froide » supprimant ainsi l'irrigation continue, et rendant l'appareil beaucoup plus maniable.

Au moyen de l'endoscope, on peut traiter sous le contrôle de la vue les lésions urétrales les plus diverses. Avec des portes-caustiques ou des tampons montés, on peut toucher les lésions localisées de l'urétrite chronique au nitrate d'argent en nature ou en solutions très concentrées (car on ne craint plus comme avec les instillations de dépasser les surfaces malades), on peut employer aussi le sulfate de cuivre en cristaux, la résorcine en solution glycérinée (Janet Ass. fr. d'ur., 1904), la teinture d'iode.

Les polypes de l'urètre peuvent être arrachés avec une pince spéciale (Luys).

Les lacunites et les folliculites, si rebelles aux autres traitements peuvent être, suivant la thérapeutique mise en honneur par Oberlaender, touchées de quelques fines pointes d'électrolyse. Kollmann a fait construire dans ce but un stylet électrolyseur spécial (Janet Ass. fr. d'urologie, 1903).

Pour détruire les papillomes et les polypes, et aussi pour cautériser les recessus urétraux, repaires de l'inflammation chronique, Franck de Berlin (Ass. fr. d'urologie, 1902) a fait construire de petits galvanocautères qu'on introduit par le tube endoscopique.

Enfin, Oberlaender emploie contre les strictures et les rétrécissements fibreux du canal un urétrotome endoscopique, qui permet de pratiquer de petites incisions chirurgicales ou de petites urétrotomies internes, et aussi d'ouvrir les abcès glandulaires qui se forment dans les parois de l'urètre.

Nous dirons deux mots pour terminer des massages de la prostate et de l'urètre, complément du traitement de presque tous les écoulements chroniques.

La coexistence fréquente de la prostatite et de la blennorrhagie chronique a depuis longtemps frappé les observateurs : les prostatites aiguës furent étudiées successivement par J.- L. Petit, Desault, Boyer, et surtout par Guyon et son élève Segond dans sa remarquable thèse.

Swediaur, en 1809, attirait déjà l'attention sur la prostatite chronique et distinguait la blennorrhée de la prostate, de la spermatorrhée.

Lagneau, en 1815, décrit une inflammation chronique de la prostate comme complication de la blennorrhagie.

Les études plus modernes de Finger (1885), Oberlaender (1891), Furbringer (1892), Hoffmann (1894), Cohn (1898), Goldberg (1899), Gassmann (1900), en Allemagne, nous ont apporté des notions plus précises

sur les inflammations de la prostate, qui sont aujourd'hui bien connues.

Thure Brandt eut le premier l'idée, en 1892, de masser la glande pour en exprimer le contenu inflammatoire ; Frisch, cependant, pense qu'il a eu comme précurseurs Schleiss von Lowenfeld en 1858 et Estlander en 1879.

Cette pratique est devenue aujourd'hui courante, et le massage de la prostate fait maintenant partie du traitement des écoulements chroniques chaque fois que la glande a été touchée par l'infection.

Certains auteurs, entre autres Felecki, Rosenberg, Swinburne, Goldberg se sont servi d'instruments pour masser, mais en général on reconnaît que le doigt seul a assez de délicatesse pour bien effectuer ce traitement avec le minimum de souffrances pour le malade.

Ebermann et Hoggner introduisent en même temps qu'ils pratiquent le massage un béniqué de gros calibre ; dans ces conditions il y a souvent des douleurs assez vives, et Albarran rejette cette pratique.

Hogge a voulu combiner au massage l'électrisation, déjà préconisée par Tripier, Chéron et Moreau-Wolf en 1870. Son doigtier permet de faire passer un courant induit dans la glande pendant qu'on la masse.

Les bons résultats fournis par le massage de la prostate ont donné à Motz l'idée de masser l'urètre lui-même, pour obtenir l'évacuation de ses glandes et la résorption des tissus inflammatoires. Ce massage s'effectue après avoir au préalable introduit un gros béniqué, et rempli la vessie d'une solution antiseptique. Quand il est terminé, le malade vide sa vessie, ce qui balaie

les sécrétions, et on met un pansement urétral, injection destinée à être gardée dont nous avons parlé plus haut.

Mais la désinfection des glandes urétrales chroniquement enflammées est toujours le point délicat dans le traitement des urétrites chroniques. Bensa demande leur atrophie à l'électrolyse circulaire.

Il se sert de courants très faibles (de deux à quatre milliaampères) pour ne pas risquer de produire de cicatrices, et emploie le pôle positif, astringent, son but n'étant pas de dissoudre un tissu, et d'obtenir la cicatrice molle que l'on attend de l'électrolyse appliquée aux rétrécissements. Plusieurs auteurs emploient une pratique semblable. Le traitement ionique des urétrites est à l'étude, et il n'y a eu encore aucun résultat de publié sur son efficacité.

Enfin, la thérapeutique chirurgicale moderne s'est assez enrichie de procédés efficaces s'appliquant à chaque cas différent d'urétrites aiguës ou chroniques pour qu'on ne soit pas obligé de recourir au traitement que proposait en 1894 Burnside Foster, de Saint-Paul. Effrayé par les complications de la blennorrhagie, cet auteur se demandait s'il n'y aurait pas avantage, dans toute urétrite aiguë commençante, à pratiquer une boutonnière périnéale, permettant d'un côté le drainage de la vessie, et de l'autre des lavages antiseptiques continus d'arrière en avant. Les complications seraient certes évitées, mais n'est-ce pas un procédé un peu radical?

En résumé, nous voyons que pour les cas aigus, les grands lavages permettent un traitement efficace, rapide

et plus sûr que les anciens moyens, hier encore appelés classiques. La très grande acuité des symptômes peut seule être une cause de contre-indication, et faire garder l'expectative jusqu'à leur diminution.

Si l'on est en présence d'un écoulement chronique, il est indispensable de faire un diagnostic très précis de sa cause. Il ne s'agit pas d'essayer puis de rejeter successivement et sans méthode les divers traitements proposés, mais, la nature des lésions bien définie, de les traiter par les procédés qui conviennent spécialement à chaque variété.

L'interrogatoire ayant fixé sur l'ancienneté de l'affection, l'examen du pus permettra de trouver le gonocoque et les autres microbes. Souvent il faudra les chercher dans le liquide d'expression de la prostate ou des glandes du canal, ou bien dans les filaments de l'urine, qui seront soigneusement observés.

La méthode des quatre verres localisera la source de l'écoulement.

L'examen à la bougie à boule fera reconnaître les strictures, les surfaces rugueuses.

L'urétrométrie renseignera sur le degré de dilatabilité du canal.

La palpation simple ou sur béniqué fera sentir les petits kystes des glandes urétrales.

Enfin l'urétroscopie fera le diagnostic des lésions douteuses, et montrera les zones d'infiltration, les plaques de granulations, les polypes.

Le diagnostic précis une fois établi, les deux tableaux synoptiques suivants résument les principales indica-

tions qui en découlent, d'après les auteurs contemporains :

**1° Les lésions sont superficielles ou diffuses :**

L'écoulement contient :

**1° Des gonocoques**

- **Au début** : *Grands lavages abortifs au permanganate de 1 p. 5.000 à 1 p. 1.000, ou au protargol 1 p. 1.000 après anesthésie du canal à la cocaïne 1 p. 400. Laver d'abord l'urèthre antérieur les deux premiers jours, puis le canal en totalité ensuite.*
- **État aigu** : *Pas de traitement local, boissons délayantes, salicylate de soude, urotropine helmitol. Si érections bromure de potassium.* *Si prostatite, suppositoires à l'ichtyol, lavements chauds.* *Si ténesme, suppositoires opiacés ou belladonés.*
- **Déclin** : *Grands lavages au permanganate ou au protargol, tant que persiste le gonocoque.*

**2° D'autres microbes**

- **Microbes ordinaires de la suppuration** : *Grands lavages à l'oxycyanure de Hg à 1 p. 2.000 ou au sublimé à 1 p. 30.000. Si l'écoulement est ancien, mélange de permanganate et de sublimé.*
- **Bacille de Koch** : *Traitement général. Instillations de sublimé.*

**3° Pas de microbes**

- Si l'écoulement est récent, s'abstenir de traitement local.
- Si l'écoulement est ancien (*phase aseptique*), grands lavages au nitrate d'argent, 1 p. 2.000.

### 2° Les lésions sont localisées.

Le traitement se fera en deux temps :

1° Moyens habituels ;

2° Si insuccès, traitement endoscopique.

**1° Lésions de l'urètre antérieur**

- Diverticules du méat : *Désinfection au nitrate d'argent. Curettage. Incision.*
- Infection chronique de la fosse naviculaire : *Quelques gouttes de nitrate à 1 p. 30 dans la fosse naviculaire avec l'extrémité filetée de la seringue à instillations.*
- Infection du cul-de-sac du bulbe : *1° Instillations au nitrate d'argent, 1 p. 50, au sulfate de cuivre, 1 p. 20. 2° Si insuccès cautérisation endoscopique avec nitrate d'argent ou teinture d'iode.*

**2° Lésions communes aux deux urètres**

- Infiltration molle : *Dilatation (Béniqués, Kollmann) combinée aux lavages.*
- Infiltration et kératinisation : *Dilatation suivie de pansements urétraux avec la solution de Motz. Pommades urétrales sur cathéters de Gasper ou de Janet.*
- Lacunites : *Dilatation combinée aux lavages. Si insuccès cautérisation endoscopique.*
- Folliculites. Kystes glandulaires. Littrites : *Massage sur béniqué, la vessie pleine d'une solution d'oxycyanure à 1 p. 2.000. Faire uriner. Pansement urétral. Si insuccès électrolyse endoscopique.*
- Granulations. Leucoplasie : *Instillations. Si insuccès cautérisation endoscopique.*
- Polypes. Papillomes : *D'emblée excision ou arrachement sous le contrôle de l'endoscope.*
- Brides et rétrécissements : *Dilatation dès que l'état de l'urètre le permet. Si insuccès urétrotomie interne ou urétrotomie endoscopique.*

- 3° Lésions de l'urètre postérieur
  - Hypertrophie du veru
    - *Instillations.*
    - *Si insuccès cautérisation et galvano-cautérisation endoscopique.*
  - Prostatite chronique
    - *Massage de la prostate, la vessie pleine de solution d'oxycyanure Hg à 1 p. 2.000.*
    - *Suppositoires à l'onguent mercuriel ou à l'ichtyol.*
    - *Instillations.*

## CONCLUSIONS

Historiques. — 1° La thérapeutique des écoulements de l'urètre a passé par cinq phases :

*a*) La blennorrhagie d'abord confondue avec la spermatorrhée a été traitée par des moyens locaux (injections émollientes et astringentes).

*b*) Séparée des pertes séminales par Galien, elle fut de nouveau confondue avec une autre affection, la syphilis, à l'occasion de l'épidémie du XV^e^ siècle. Cette erreur qui dura quatre siècles conduisit certains auteurs à donner aux malades le traitement spécifique. Bien que cette pratique ne fût pas générale, les sels de mercure servaient en injections et faisaient de l'antisepsie avant la lettre.

*c*) Le traitement interne par les balsamiques acquit une réputation de plus en plus grande, et remplaça presque complètement le traitement local à la fin du XVIII^e^ et au commencement du XIX^e^ siècle.

*d*) Le traitement local redevint en faveur, et l'avènement de l'antisepsie lui donna une grande extension.

*e*) Les progrès de l'asepsie, et de l'antisepsie, avec la méthode des grands lavages pour les écoulements récents ; la connaissance de l'anatomie pathologique des urétrites anciennes, et leur traitement par la dilatation, les instillations et les pratiques endoscopiques, ont fait entrer la thérapeutique des écoulements du canal dans une ère vraiment chirurgicale.

2° *Traitement abortif.* — Nos recherches nous permettent de penser qu'on doit en attribuer l'idée première non pas à Musitan (1716), mais à Thierry de Hery (1569). D'ailleurs ces deux auteurs avait aussi pour but un traitement prophylactique de la syphilis.

Procédés actuels. — Le traitement des écoulements urétraux tel que le conçoivent la plupart des auteurs contemporains peut ainsi se résumer :

1° Lésions récentes ou superficielles : grands lavages ;

2° Lésions anciennes ou localisées :

Traiter la muqueuse. Grands lavages. Instillations ;

Traiter la sous-muqueuse. Dilatation (Béniqué, Kollmann) ;

Traiter les glandes, Massage de la prostate et des glandes de Littre. Bain urétral. Pommades.

Traitement endoscopique. — Pour les lésions chroniques, l'utilité d'un diagnostic précis est très grande pour que l'on puisse choisir parmi les nombreux moyens nouveaux celui qui convient spécialement au cas traité.

La goutte militaire ne doit plus être considérée que comme l'un des symptômes des multiples affections chroniques du canal. Quand on la constate, le diagnostic n'est pas fait, il est à faire.

Enfin, malgré les progrès de la science, on peut encore dire quelquefois avec le bon Paré que « les chaudes pisses sont souvent un mal moult difficile à guérir. »

---

Vu : le Président de la thèse
ALBARRAN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
LIARD

# BIBLIOGRAPHIE


## Auteurs anciens.

Papyrus Ebers. — In Egyptologie de Chabas. Chalon-sur-Saône 1876.

*La Bible.*

Galien. — De compositis pharmaceuticis secundum locos.

Celse. — De medicina, liv. V. Trad Vedrènes. Paris, 1876.

Paul d'Egine. — Op. trad. Gontier d'Andernach. Paris, 1532.

## Auteurs arabes.

Mesue. — Summ. III, par. VI, sect. I.

Haly Habbas. — Theorices, liv. IX.

Rhazès. — Liv. X, cap. III.

Avicenne. — Liv. III.

Albucassem. — Theoric. nec non practic, tract. XXI.

Azenvoar. — Liv. III.

Constantinus Africanus. — De morb. cogn. et cur., liv. V.

## Arabistes et Renaissance.

Michael Scotus. — De procreat. hom. physion., cap. VI.

*Aphorismes de l'École de Salerne.*

Trotula. — Curand. ægritud. muliebr. libellus cap. VIII.

*Practica magistri Rogerii.*

Lanfrancus. — Parva Cyrurgia, tract III.
Gordon. — Tabula practica.
Guy de Chauliac. — Cyrurgia Guidonis de Chauliaco.
Jean de G. Addesden. — Rosa anglica practicæ medicinæ.

### Du XV[e] Siècle aux Temps Modernes.

Astruc (Jean). — De morbis venereis. Paris, 1740.
Bell (Benj). — Maladies vénériennes, trad. de l'anglais par Bosquillon. Paris, 1802.
Brassavolus (A. Musa). — De morbo gallico liber. Venise, 1553.
Chopart. — Traité des maladies des voies urinaires. Paris, 1790.
Daran. — Composition du remède. Paris, 1779.
Fabre. — Essai sur les maladies vénériennes. Paris, 1758.
Fabrice ab Aquapendente. — Opera. Leyde, 1738.
Fabrice de Hilden. — Opera. Francfort, 1682.
Ferri (Alphonse). — De caruncula sive callo quæ cervici vesicæ innascuntur, 1551.
Héry (Thierry de). — La méthode curatoire de la maladie vénérienne vulgairement appelée grosse vairolle. Paris, 1569.
Hunter. — Traité des maladies vénériennes, trad. Audiberti. Paris, 1787.
Lusitanus (Amatus). — Curationum medicinalium centuriæ duæ Lugd. 1560.
Musitanus (Carolus). — Opera omnia, 1716.
Paracelse. — De variola gallica, liv. VIII, 1585.
Paré (Ambroise). — Œuvres complètes, édition Malgaigne. Paris, 1840.
Rabelais. — Pantagruel.
Tomitanus. — De morbo gallico libriduo, ch. XII, 1565.

### Auteurs modernes.

Audry. — Précis des maladies blennorrhagiques. Paris, 1894.
Balzer. — Maladies vénériennes *in Traité Brouardel et Gilbert*, 1906.
— Thérapeutique des maladies vénériennes. Paris, 1897.

Balzer et Tansard. — Traitement de la blennorrhagie chronique par les instillations de nitrate suivie de l'introduction d'un cathéter en zinc. *Annales des mal. des org. génit. ur.*, 1906.

Belhomme et Martin. — Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne. Paris, 1864.

Bensa. — Traitement des urétrites chroniques. Paris, 1902.

Burty. — Urétrites primitives aseptiques. *Th. Paris*, 1900.

Casper. — *Berlin. Klinische Wochenschrift*, n° 15, 1897.

Cavart. — Urétrite blennorrhagique aiguë. *Th. Paris*, 1898.

Chameron. — Trait. de la blen. par les injections au bichlorure de mercure. *Th. Paris*, 1884.

Cruyl. — Irrigations urétrales dans la blennorrhagie. *Annales de la société de médecine de Gand*, 1889.

Cullerier. — Précis iconographique des mal. vénériennes. Paris, 1861.

Daum. — Blennorrhagie chez l'homme. Traitement abortif. *Th. Paris*, 1899.

Débeney. — Mémoire sur le traitement abortif de la blennorrhagie, 1843.

— Expérience pratique de la méthode des injections caustiques, 1846.

Delaroche. — Traitement de la blennorrhagie par les lavages au siphon. *Th. Paris*, 1893.

Delefosse. — Traitement de la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme. Paris, 1897.

Deligny. — Traitement abortif de la blennorrhagie par les instillations de nitrate d'argent. *Thèse Par.*, 1902.

Desnos. — Traité élémentaire des maladies des voies urinaires. Paris, 1900.

Desnos et Aranda. — Traitement abortif de la blennorrhagie par les irrigations au sublimé. *Gazette méd. de Paris*, 1892.

Diday. — Lettres sur la blennorrhagie, 1858.

— La pratique des maladies vénériennes. Par., 1886.

— Traitement local antiparasitaire de la blen. Lyon médical, 1884.

Diday — Traitement abortif de la blen. *Gazette des hôpitaux*. 1891.

Dindt. — *Therapeutische Monatschefte*, n° 3, 1893.

Engelbreth. — Technique des injections urétrales. Annales génit. ur., 1903.

Eraud. — Étude sur les injections dans la blen. chez l'homme. Lyon, 1886.

Escat. — Association française d'urologie, 1898 (*compte rendu*).

Finger. — *Wiener Klinik*, 1900.

— Die blennorhæ der sexualorgane und ihre complicationen. Leipsig, 1901.

Forgue. — Maladies de l'urètre in *Traité Duplay et Reclus*.

Foster (Burnside). — *Journ. cut. genit.-urin. dis.*, 1894.

Fournier. — Article Blennorrhagie in *Dictionnaire Dechambre et Jaccoud*.

Friedlaender. — Leçons sur les mal. de l'app. urin. de l'homme, *trad. Dandoy*. 1901.

Furbringer. — Traité des mal. des org. génit.-urinaires. Paris, 1892.

Gardner. — Traitement de l'urétrite chronique. *Medical Record*, 22 déc. 1906.

Granel. — Rétrécissements larges et urétrites chroniques. *Th. Paris*, 1900.

Guiart. — La blennorrhagie aiguë. Paris, 1894.

— Les urétrites chroniques. Paris, 1898.

— Traitement abortif et prophylaxie de la blennorrhagie chez l'homme, 1899.

Guyon (Pr.). — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.

Hartmann. — Organes génito-urinaires de l'homme. Paris, 1904.

Hodara (Menahem). — Traitement de l'urétrite chronique par les procédés d'Oberlaender et de Kollmann. *Annales génit.-ur.*, 1894.

Hogge. — *Annales de la Société de médecine de Liège*, 1894.

Janet. — Diagnostic et traitement de l'urétrite blennorrhagique. *Annales des mal. des org. génit.-ut.*, 1892.

— Traitement de la phase gonococcique de la blen. *Semaine médicale*, 1893.

Janet. — *Annales génito-urinaires*. Juin 1895.

— Association française d'urologie (*comptes rendus*).

Jullien. — Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1886.

Langlebert. — Traité pratique des mal. des organes sexuels. Paris, 1885.

Leguay. — Urétrites aigues et chroniques. *Th. Paris*, 1899.

Legueu. — Maladies de l'urètre in *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, 1900.

Luys. — Exploration de l'appareil urinaire. Paris, 1907.

Mallez. — Formulaire des maladies des voies urinaires. Paris, 1883.

Motz. — Traitement des urétrites chroniques. *Annales des mal. des org. génit.-ur.*, 1903.

Neisser. — Vorlesungen ub. die path. und. ther. der gonorrhæ des Mannes. Iena, 1904.

Noguès. — In *compte rendu de l'assoc. fr. d'urologie*, 1898.

Paris (Léger). — De la médication topique de l'urètre. *Th. Paris*, 1868.

Pfister. — Périuretrite primitive sténosante et son traitement *Th. Paris*, 1901.

Philips. — De la goutte militaire et de son traitement. Paris, 1848.

Picard. — Traité des maladies de l'urètre. Paris, 1877.

Pouillet. — Des écoulements blennorrhagiques. Paris, 1879.

Pousson. — Précis des maladies des voies urinaires. Paris, 1903.

Ricord. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1838.

Rollet. — Maladies vénériennes, 1875.

Rousselot. — Déterminations de la blen. sur la prostate et les vésicules séminales. *Th. Paris*, 1906.

Sprengel. — Histoire de la médecine. Trad. *Jourdan*. Paris, 1815-1832.

Tansard. — Trait. de la blen. par les lavages au collargol. Méd. moderne, 1903.

Villemont. — Historique des maladies vénériennes. Paris, 1882.

Voillemier. — Traité des mal. des voies urinaires. Paris, 1868.

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris